



عنوان دوره آموزشی:

مدیریت و رهبری اثربخش در پرستاری

Effective management and leadership

بهار ۱۴۰۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

گروه هدف :

سرپرستار - سوپروایزر بالینی-سوپروایزر آموزشی -کارشناس کنترل عفونت -مدیر خدمات پرستاری _ رئیس خدمات پرستاری- کارشناس مسئول مامایی

اهداف آموزشی :

ارتقا سطح دانش ونگرش ومهارت فراگیران درزمینه :

- (۱) تعاریف و تاریخچه مختصر تئوری های مدیریت
- (۲) اصول ، وظایف مدیریت و فرآیند مدیریت
- (۳) رهبری و شیوه های نوین آن در ارائه خدمات و وجوه متمایز مدیریت و رهبری
- (۴) اصول و مبانی برنامه ریزی انواع برنامه (استراتژیک ، عملیاتی)
- (۵) روش های برنامه ریزی تقسیم کار و وظایف در مدیریت خدمات پرستاری
- (۶) اهمیت تامین نیروی انسانی در خدمات پرستاری
- (۷) آموزش، توسعه و بهسازی کادر پرستاری

روش و نحوه اجرای آموزش:

مدت دوره : ۱۲ ساعت

اجرای آموزش: کتابخوانی

نوع آزمون: کتابخوانی

روش آزمون: الکترونیکی

۷	مقدمه :
۸	فصل اول :
۸	تعاریف و تاریخچه مختصرتئوری های مدیریت
۹	سیر تحول مدیریت
۱۰	مکاتب مدیریت
۱۰	مکتب کلاسیک
۱۲	مدیریت اداری یا سازمانی
۱۴	مدیریت بوروکراسی
۱۵	مکتب نئوکلاسیک
۱۶	مکتب مدیریت سیستمی :
۱۸	مکتب مدیریت اقتضایی
۱۹	فصل دوم :
۱۹	اصول، وظایف مدیریت و فرآیند مدیریت
۲۰	تعریف مدیریت
۲۱	مراحل فرآیند مدیریت
۲۲	سطوح مدیریت
۲۳	سطوح مدیریت پرستاری و مامایی
۲۴	مهارت‌های مدیریت
۲۶	فصل سوم :
۲۶	رهبری و شیوه های نوین آن
۲۷	تعاریف رهبری
۲۸	مقایسه رهبری و مدیریت
۳۲	نفوذ رهبری
۳۲	مبانی قدرت و نفوذ رهبر
۳۳	شیوه های رهبری :
۳۴	عناصر رهبری :
۳۶	وظایف رهبری :
۳۷	شیوه های رهبری
۳۹	نظریه موقعیتی
۳۹	نتیجه گیری
۴۰	رهبری در پرستاری
۴۱	فصل چهارم :
۴۱	اصول و مبانی برنامه ریزی انواع برنامه
۴۱	(استراتژیک و عملیاتی)
۴۲	اهمیت برنامه ریزی در مدیریت پرستاری و مامایی
۴۲	مزایای برنامه ریزی

۴۴	مشکلات برنامه ریزی:
۴۴	تعریف برنامه ریزی
۴۵	فرآیند برنامه ریزی
۴۷	اصول برنامه ریزی
۴۸	انواع برنامه ریزی سازمانی
۴۹	تعاریف کلیدی در برنامه ریزی استراتژیک
۵۰	کاربرد برنامه ریزی در پرستاری و مامایی
۵۱	اجرای عملی برنامه ها
۵۳	فصل پنجم:
۵۳	سازمان دهی ، روشهای تقسیم کار و تفویض اختیار
۵۴	تعریف سازمان
۵۴	انواع سازمان
۵۵	تعریف سازمان دهی
۵۵	فرآیند سازمان دهی
۵۶	مفاهیم و اصطلاحات سازمان دهی
۵۶	ساختار سازمانی
۵۹	سازماندهی برحسب وظیفه یا تخصص
۶۰	واحدهای صف و ستاد
۶۰	تقسیم کار
۶۱	تقسیم کار در پرستاری و مامایی
۶۲	روش فعالیتی (Functional method):
۶۹	تفویض اختیار
۷۳	فصل ششم:
۷۳	اهمیت تامین نیروی انسانی در خدمات پرستاری
۷۴	اهمیت منابع انسانی
۷۴	چالشهای منابع انسانی در بخش سلامت
۸۲	محاسبه حجم کار
۸۳	روش های کارسنجی و زمان سنجی
۸۳	روش پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت با عنوان شاخص بار کاری در برآورد نیروی انسانی (Workload indicator of staffing need, WISN)
۸۵	گام های اجرایی WISN
۹۷	برآورد فشارکاری:
۱۰۲	فصل هفتم:
۱۰۲	آموزش، توسعه و بهسازی کادر پرستاری
۱۰۳	بهسازی نیروی انسانی ضرورت و تعریف
۱۰۳	انواع بهسازی نیروی انسانی
۱۰۶	ارزشیابی عملکرد یا ارزشیابی شایستگی کارکنان

مقدمه:

مدیریت پرستاری و مامایی به معنای به کار گیری دانش مدیریت در سازمان های پرستاری و مامایی به منظور فراهم نمودن مراقبت های کیفی به مددجویان است. بر اساس تعریف الیسون^۱، مک لوجلین^۲ و واکر^۳، مدیر پرستاری و مامایی مسئول اطمینان از کیفیت ارائه خدمات پرستاری و مامایی است و باید کار پرسنل را در ارائه خدمات، از طریق ایجاد شیوه های همراه با احساس مسئولیت، ایجاد محیط مناسب برای رشد و تکامل حرفه ای تسهیل نماید.

حقوق گیرندگان خدمات بهداشت و درمان اقتضا می نماید که آنان بتوانند از خدمات مطلوب و با کیفیت برخوردار گردند. تامین این کیفیت نیازمند ایجاد یک سیستم مدیریت توانمند و به کارگیری موثر منابع می باشد. از این رو مدیریت مهمترین نقش را در سازمان های ارائه دهنده خدمات ایفا می نماید. سازمان پرستاری و مامایی در مراکز بهداشتی و درمانی عظیم ترین و پیچیده ترین سازمان است، چرا که غالب بر ۶۰ درصد نیروی انسانی این مراکز، کارکنان پرستاری و مامایی می باشند؛ لذا، توجه به توانمندی مدیران این بخش می تواند ارتقاء کیفیت خدمات و دستیابی گیرندگان خدمات به حقوق خود را مهیا سازد. امید است این بسته آموزشی بتواند راهنمای مؤثری برای افزایش دانش و مهارت مدیریت در رشته های پرستاری و مامایی باشد.

¹ Alison
² Mc laughlin
³ Walker

فصل اول:

تعاریف و تاریخچه مختصر تئوری های مدیریت

سیر تحول مدیریت

اداره و هماهنگ سازی منابع انسانی و مادی از ابتدای تاریخ مورد توجه انسان بوده است. انسان ها برای تحقق اهداف مشترک، ابتدا در خانواده ها و سپس در قبایل و سایر واحدهای اجتماعی به یکدیگر پیوستند. از زمانی که انسان به اهمیت همکاری پی برد، تا زمانی که مدیریت به عنوان وسیله نیل به این هدف ها شناخته شد، مدت زمان درازی طول کشید؛ ولی وقتی که نیاز به مدیریت محسوس شد، به سرعت رونق و توسعه یافت.

سومری ها اولین قومی بودند که در ۵۰۰۰ سال قبل از میلاد مسیح به اهمیت جمع آوری مدارک و سوابق پی بردند. این آگاهی به اتخاذ تصمیم های بموقع و بدون صرف وقت زیاد منجر گردید. زرتشت، سقراط، کوروش کبیر، افلاطون، اسکندر مقدونی، و بسیاری از بزرگان تاریخ همگی اعمال مدیریت را در رسیدن به اهداف اجتماعی ضروری دانسته و آن را راه مناسبی برای حل و فصل امور مردم می دانستند. پس از ظهور اسلام، حضرت علی (ع) به موضوع اخلاق مدیریت و مشورت در مدیریت اهمیت زیادی می دادند و فرموده اند: هر که خودرایی نماید و در کار مشورت نکند، تباه می گردد و هر که با مردان با تجربه شور نماید با خردها شریک می شود. ایشان در دوره کوتاهی موفق به تشکیل حکومت گردیدند و در زمینه اخلاق مدیریت خطابه ها و توصیه های زیادی ارائه فرمودند که نمونه بارز آن در نامه مشهور ایشان به مالک اشتر بیان گردیده است.

مدیریت به عنوان یک رشته علمی، تاریخ نسبتا کوتاهی دارد. با وقوع انقلاب صنعتی، اختراع ماشین بخار و تأسیس کارخانجات بزرگ، مدیریت از اهم مسائل آن دوران به شمار آمد. تقریبا از اوایل قرن بیستم به تدریج مدیریت به عنوان یک رشته دانشگاهی در آمده است و بسیاری از مفاهیمی که امروزه رایج می باشد، حاصل کوشش های اخیر است.

مکاتب مدیریت

دانشمندان علم مدیریت مکاتب مختلفی را در زمینه علم مدیریت ارائه داده اند. این مکاتب از مدیریت سنتی شروع و به شیوه های نوین مکتب مدیریت ختم می شود. در پاسخ به این سوال که کدام یک از مکاتب بیشترین کارایی را در اجرای مدیریت پرستاری و مامایی دارند، باید گفت هیچ کدام و همه. چون در واقع مدیر باید مکتب و فلسفه ای که بیشترین هماهنگی را با دانش و فلسفه فکری او دارد در اداره سازمان، بیمارستان یا بخشی که مسئولیت اداره آن را به عهده دارد، استفاده نماید. لوترگولیک در این زمینه عقیده دارد که نظریه ها و مکاتب مدیریت و یافته های علمی نباید واقعیت های مطلق تصور شود، بلکه باید آنها را وسایلی دانست که به درک پیچیدگی های سازمان های امروزی کمک می کنند.

اندیشه مدیریت در طول تاریخ دستخوش تحولات و فراز نشیب های زیادی شده است. این تحولات را می توان در قالب مکاتب مختلف به شرح ذیل بیان نمود:

(۱) مکتب های کلاسیک

(۲) نئوکلاسیک

(۳) مدیریت اقتضایی

(۴) مدیریت سیستمی

مکتب کلاسیک

نظریه دانشمندی چون فردریک تیلور، هنری فایول، مونی رایلی، ماکس وبر، ماری پارکر فالوت و لوترگولیک مهمترین معرف برای مکتب کلاسیک می باشند.

انواع مدیریت مکتب کلاسیک به شرح ذیل تعریف شده اند:

(۱) مدیریت علمی

(۲) مدیریت اداری

(۳) مدیریت بوروکراسی

مدیریت علمی

مدیریت علمی معمولاً با نام فردریک تیلور همراه است. او به عنوان پیشگام و پدر مدیریت علمی در کتاب خود با عنوان اصول مدیریت علمی متذکر شد که هدف اصلی مدیریت باید به حد اکثر رساندن کامیابی کارفرما و کارگر باشد. تیلور چهار اصل را به عنوان اصول مدیریت علمی مطرح نمود:

- ۱) ایجاد یک روش علمی برای تعیین اجزاء هر کار
- ۲) انتخاب افراد به روش علمی و آموزش آنان به نحوی که از عهده انجام اجزای هر کار بر آیند
- ۳) برقراری یک نظام کنترل و استفاده از شیوه های تشویق و تنبیه
- ۴) مشارکت بین مدیران و کارکنان و تفکیک وظایف بین آنان

تیلور برای پیاده کردن اصول فوق روش های زیر را توصیه نمود:

- ۱) بررسی و اندازه گیری زمان دقیق هر جزء کار و تعیین نحوه انجام آن
- ۲) تخصصی کردن کارها در سازمان و ایجاد سرپرستی های جداگانه
- ۳) استاندارد کردن کلیه ابزارها و وسایل کار و تعیین بهترین شیوه استفاده از آنها
- ۴) تهیه شرح وظایف هر یک از کارکنان
- ۵) تنظیم سیستم پرداخت حقوق و دستمزد مناسب با کیفیت کار کارکنان

مدیریت علمی به ایجاد خط تولید در کارخانجات کمک کرد. همچنین این مکتب مدیریتی به زمان انجام کار و کاربرد ماشین آلات در انجام عملیات توجه داشت. ولی مهم ترین محدودیت آن نوع نگرش تیلور به کارکنان بود که آنان را به عنوان یک ابزار اقتصادی در نظر می گرفت و به انگیزه های مادی بیشتر توجه داشت؛ در صورتی که به نقش افراد و روابط آنها با یکدیگر توجهی ننمود.

بسیاری از منتقدین از نگرش این مکتب به انسان به عنوان یک ماشین ابزاری خرده گرفته اند.

مدیریت اداری یا سازمانی

مکتب مدیریت کلاسیک در اوایل قرن بیستم ظهور کرد و با نام هانری فایول به عنوان پدر و پیشگام همراه است. فایول با وضع اصول کلی مدیریت اداری که قابل اجرا در سطوح عالی تصمیم گیری بود، تحولی در اندیشه مدیریت به وجود آورد. دیدگاه او بر خلاف تیلور فراتر از کارگاه و فرآیند تولید بود و در سطح کلان متوجه اداره عمومی و وظایف مدیران در سطح سازمانی گردید. او تمام فعالیت های یک موسسه تولیدی را به شش گروه فنی، تجاری، مالی، حسابداری، امنیتی و اداری تقسیم کرد و توجه خود را به گروه اداری معطوف نمود که به نحوی با وظایف مدیریت مربوط است.

پنج وظیفه اصلی مدیر از دیدگاه فایول عبارتند از :

- (۱) برنامه ریزی
- (۲) سازمان دهی
- (۳) رهبری و هدایت
- (۴) هماهنگی
- (۵) کنترل

فایول چهارده اصل را به عنوان راهنمای مدیران به شرح ذیل معرفی نمود:

- (۱) **تقسیم کار:** تقسیم کار جزء جدایی ناپذیر هر سازمان می باشد و برای دستیابی به اهداف سازمان، انجام تقسیم کار ضروری است.
- (۲) **اختیار و مسئولیت:** اختیار و مسئولیت در هر سازمانی باید متناسب با یکدیگر باشد. اختیار بیش از مسئولیت و یا مسئولیت بیش از اختیار هر دو می تواند موجب تباهی سازمان شود.
- (۳) **انضباط:** برای پیشبرد اهداف سازمان تبعیت از قوانین و حفظ نظم و انضباط ضروری است.
- (۴) **وحدت فرماندهی:** هر کارمند باید از یک مافوق تبعیت نماید.

- ۵) **ترجیح منافع سازمانی بر منافع فردی:** کارکنان در محیط کار باید منافع سازمان را بر منافع خود مقدم بدانند.
- ۶) **وحدت مدیریت:** در هر سازمان باید یک سیستم مدیریت حاکم باشد، به نحوی که کلیه برنامه‌ها، قوانین، استانداردها، شرح وظایف و ... از طریق مجموعه واحد مدیریت ابلاغ گردد.
- ۷) **اجرت و پاداش:** برای حفظ انگیزش، افراد باید در قبال فعالیت‌های انجام داده، مزد و پاداش دریافت نمایند.
- ۸) **تمرکز:** کلیه تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها باید توسط سطوح بالای سازمان انجام گرفته و بیشتر اختیارات در دست مدیران عالی باشد.
- ۹) **سلسله مراتب:** وجود سلسله مراتب در سازمان الزامی است و نمی‌توان یک سازمان را بدون سلسله مراتب ایجاد کرد.
- ۱۰) **دستورالعمل:** کلیه منابع و فرآیندها باید به صورت منظم اجرا شود تا از اتلاف وقت جلوگیری گردد. برای دستیابی به اهداف سازمانی وجود قانون و دستورالعمل ضروری است.
- ۱۱) **عدالت:** در تمامی ارکان سازمان باید تعادل حاکم باشد.
- ۱۲) **ثبات شغلی:** کارکنان باید در زمینه شغلی خود ثبات داشته باشند و از تغییر جایگاه و مسئولیت آنان تا حد امکان جلوگیری شود.
- ۱۳) **ابتکار عمل:** برای ایجاد تفکر خلاق و نوآوری در سازمان، ابتکار عمل لازم است.
- ۱۴) **روحیه کار گروهی:** کارکنان باید خود را به عنوان عضوی از گروه دانسته و پذیرای کار گروهی باشند.

✍ از نظر فایول هر مدیری به توانایی‌های ذیل برای انجام وظایف خود نیازمند است:

- ۱) توانایی جسمی، به معنای داشتن نیرو، انرژی و ظاهر مناسب
- ۲) توانایی اخلاقی، یعنی داشتن ثبات روانی، اشتیاق به پذیرفتن مسئولیت، ابتکار، وفاداری، مناعت طبع و متانت
- ۳) توانایی فکری: یعنی داشتن قدرت فهم، یادگیری و تشخیص، نیروی فکری و سازگاری
- ۴) معلومات عمومی: آشنایی با اموری که ارتباط خاصی با وظایف مدیر در سازمان ندارند
- ۵) معلومات تخصصی: داشتن اطلاعات خاص در مورد وظایف شغلی و کار مورد تصدی

۶) تجربه: داشتن معلوماتی که ضمن کار عاید می شود. به نظر فایول در رده کارکنان توانایی های فنی بیشترین اهمیت را دارند، ولی هر چه شاغل به سطوح بالاتر سازمانی ارتقا می یابد، به توانایی فکری و ادراکی بیشتری نیاز دارد.

مدیریت بوروکراسی

دیدگاه بوروکراسی بر اساس نظریه ماکس وبر شکل گرفته است. بنابر نظریه وبر، قدرت، ناشی از مقام است و اطاعت وجهی است الزامی که صرفاً به اعتبار برهان های منطقی و عقلانی در افراد به وجود می آید. سلسله مراتب سازمانی از جمله اصولی است که در این دیدگاه تاکید زیادی بر آن شده و همیشه ستاد فرماندهی را از اعضای سازمانی جدا ساخته است.

تئوری بوروکراسی حامی منافع سازمان است و حق سوء استفاده و آزادی نامشروع را از اعضای سازمان سلب می کند. در واقع وظایف فرد در وظایف دستگاه حل شده و باید هر فرد بالاجبار از قوانین سازمانی اطاعت محض بکند. نظریه بوروکراسی همیشه پیرو قوانین، آیین نامه و مقررات است. فرآمین و دستورها به صورت کتبی از راس هرم سازمانی به سوی سطوح پایین تر جریان دارند و افراد سازمان موظف به اطاعت محض از دستورهای کتبی مافوق هستند و در صورت سرپیچی، باید تحت تعقیب قرار گرفته و به سزای عمل ناشایست خود برسند. بالعکس افرادی که اطاعت محض کرده اند به دریافت پاداش نائل می گردند. ماکس وبر اعتقاد داشت سازمان های رسمی بزرگ را می توان با استفاده از عقلانیت چنان هدایت کرد که بیشترین میزان تولید و خدمت را ارائه دهند.

هفت اصل مدیریت بوروکراسی از دیدگاه ماکس وبر به شرح ذیل است:

- (۱) استخدام بر اساس ضوابط روشن
- (۲) ارتقاء بر حسب شایستگی
- (۳) سلسله مراتب فرماندهی
- (۴) تقسیم کار
- (۵) کاربرد بی طرفانه قوانین و روش ها
- (۶) ثبت و مستند سازی
- (۷) جداسازی مالکان از مدیریت مکتب نئوکلاسیک

مکتب نئوکلاسیک

از آنجا که رویکردهای کلاسیک مدیریت به تمام نیازهای مدیران در تولید بیشتر و رضایت کارکنان پاسخگو نبود، متخصصین مدیریت توجه خود را به بخش دیگری به نام ابعاد انسانی معطوف ساختند. بنیان گذار این مکتب التون مایو می باشد. او در مطالعه ای که در کارخانه وسترن الکتریک شهر هاتورن امریکا انجام داد به این نتیجه رسید که شرایط محیط کار، تنها عوامل مؤثر در تولید و کارایی نیستند، بلکه ارتباطات انسانی و انگیزه های درون گروهی قدرت بیشتری در ایجاد انگیزه خواهند داشت. مطالعه التون مایو در دهه ۱۹۴۰ به ایجاد مکتب جدیدی تحت عنوان مدیریت روابط انسانی ختم گردید.

پیدایش مدیریت روابط انسانی نظر محققین مدیریت را به تاثیر عامل انسانی در کارایی جلب نمود و موجب گردید تا مطالعات گسترده تری در این زمینه صورت پذیرد. با توسعه علم روان شناسی، ورود این حوزه به مدیریت باعث شد تا صاحب نظران تاثیر عوامل موثر در رفتار کارکنان را مورد توجه قرار دهند. پیشرفت علوم رفتاری در قرن بیستم این تفکر را ایجاد نمود که چگونه می توان رفتار کارکنان را اصلاح نمود و در جهت اهداف سازمان جهت داد و توجه به عوامل انگیزش و مطالعه رفتارها، پیدایش نگرش های مبتنی بر مدیریت رفتار سازمانی در دهه

۱۹۵۰ را موجب گردید و افرادی همچون داگلاس مک گریگور، رنسیس لیکرت، کریس آرگریس، فردریک هرزبرگ در این زمینه به اظهار نظر پرداختند. امروزه مجموعه نظریه های مدیریت روابط انسانی و نظریه های رفتار سازمانی را تحت عنوان مکتب نئوکلاسیک در مدیریت می شناسند.

در مقایسه مکتب کلاسیک و نئوکلاسیک مشاهده می شود که کلاسیک ها معتقدند که هر چه بازده سازمان بیشتر شود، کارکنان بیشتر راضی خواهند بود، چون رابطه مستقیمی بین محصول و مزد کارکنان وجود دارد. در حالی که پیروان مکتب نئوکلاسیک معتقدند رضایت کارکنان وقتی تامین می شود که آن ها بتوانند نیازهای اجتماعی خود را برطرف کنند.

رفتارها و عوامل انگیزشی در انسان ها پیچیده هستند و شناسایی این عوامل سخت و دشوار می باشد. توجه به عوامل مربوط به ارتباطات انسانی بین کارکنان تنها یکی از این عوامل بر انگیزاننده است. همچنین رضایت شغلی عمدتاً پاسخ احساسی فرد به کار است و به دلیل این که متغیرهای متعددی در این امر دخالت دارند، اندازه گیری آن، کار بسیار مشکلی است.

مکاتب نوین مدیریت عبارتند از:

(۱) مکتب مدیریت سیستمی

(۲) مکتب مدیریت اقتضایی

مکتب مدیریت سیستمی:

سیستم یا منظومه عبارت است از مجموعه ای از اجزای به هم پیوسته که مجموعاً یک کل واحد را تشکیل می

دهند. ویژگی های یک سیستم به طور خلاصه عبارتند از:

(۱) هر سیستم باید حد اقل از دو جزء تشکیل شده باشد؛

(۲) هر جزء باید حد اقل با یک جزء دیگر از مجموعه در ارتباط باشد؛

(۳) هر گونه تغییری در هر یک از اجزا به تغییر در کل مجموعه منجر می گردد ،

۴) کل مجموعه خصوصياتی متفاوت از اجزا دارد.

هر نظام پیچیده ای یک سیستم است که خود دارای خرده سیستم هایی است که معمولاً به طور مستقل اما در جهت هدف کلی نظام بزرگتر عمل می کند. در درون خرده سیستم ها «اجزای سیستم» وجود دارند که با یکدیگر در کنش متقابل هستند و به یکدیگر وابسته اند.

اجزای سیستم شامل موارد ذیل است:

۱) **درون داد یا ورودی:** کلیه آنچه که به نحوی مورد استفاده سیستم قرار می گیرد و تحرک آن را سبب

می گردد، مانند نیروی انسانی، مواد اولیه، تکنولوژی، انرژی، اطلاعات و غیره.

۲) **فرآیند یا تبدیل:** تغییر و تبدیل هایی است که سیستم بر روی درون داد انجام می دهد و آن را به برون

داد تبدیل می سازد.

۳) **برون داد یا ستاده:** نتایج یا حاصل عملیات است که به صورت کالا یا خدمت از سیستم خارج می شود.

۴) **بازخورد:** سیستم ها با برخورداری از بازخورد می توانند ابتدا برون داد خود را ارزیابی نموده و سپس از

اطلاعات حاصل از آن در جهت اصلاح و بهبود سیستم استفاده نمایند. به عنوان مثال مدیریت بیمارستان به

طور مرتب مدت بستری بودن بیماران و یا رضایت آنان از خدمات ارائه شده را به عنوان یک مکانیزم بازخورد

مورد بررسی قرار می دهد تا نواقص موجود را برطرف نماید.



به عنوان مثال بیماران یک بیمارستان (درون داد) سیستم بیمارستانی هستند که با انجام اقدامات و مراقبت

های پرستاری (فرآیند) بهبود می یابند و سلامتی خود را به دست می آورند (برون داد).

مکتب مدیریت اقتضایی

مدیریت اقتضایی یا مدیریت موقعیتی و ایجابی دیدگاهی نوین در مدیریت می باشد که بر رفتارهای مناسب مدیریتی در موقعیت های خاص اشاره دارد. بر اساس این نگرش که توسط فرد فیدلر مطرح گردید، ارائه یک الگوی مدیریتی که بتواند پاسخگوی همه متغیرها و عوامل و شرایط داخلی و خارجی سازمان باشد امکان پذیر نیست و مدیران باید بر اساس واقعیت های موجود و متناسب با شرایط اعمال مدیریت نمایند.

مثلا اگر بخواهیم کارکنان را به افزایش بازدهی و تولید ترغیب کنیم، بر اساس نظریه مکتب کلاسیک ممکن است طرح ساده کردن کار تجویز شود، در حالی که در بر اساس نظریه رفتارگرایان ممکن است غنی کردن شغل که کاملا متضاد با طرح قبلی است پیشنهاد شود. در مدیریت اقتضایی وظیفه مدیران این است که مشخص کنند کدام تکنیک و روش در موقعیت خاص، تحت شرایط مشخص و در یک زمان معین به بهترین وجه در نیل به هدف های مدیریت موثر واقع می شود.

فصل دوم:

اصول، وظائف مدیریت و فرآیند مدیریت

تعریف مدیریت

درباره مدیریت اتفاق نظر خاصی نیست. تقریباً به تعداد نویسندگان کتب مدیریت، تعریف مدیریت وجود دارد و صاحب‌نظران و نظریه پردازان علم مدیریت با اهداف و سوگیری‌های گوناگون، تعاریف متفاوتی ارائه کرده‌اند. شاید بتوان گفت یکی از مهمترین فعالیت‌ها در زندگی اجتماعی بشر امروز مدیریت است. در عصر حاضر به مدد این توانایی است که ماموریت‌ها و اهداف سازمان تحقق می‌یابند، از منابع و امکانات موجود بهره‌برداری می‌شود و توانایی و استعداد انسان‌ها از قوه به فعل در می‌آید.

یکی از ساده‌ترین تعاریف مدیریت، مفهومی است که ماری پارکر فالت ارائه نموده است. او مدیریت را «هنر به کارگیری افراد» دانسته است.

تعریف مدیریت مبتنی بر نگرش سیستمی، فرآیند به کارگیری موثر و کارآمد منابع مادی و انسانی از طریق برنامه‌ریزی، سازماندهی، کارگزینی، هدایت و کنترل است که برای دستیابی به اهداف سازمانی و بر اساس نظام ارزشی مورد قبول، صورت می‌گیرد. بنابراین باید گفت مدیریت یک فرآیند است که در آن مدیر با هدایت تشکیلات انسانی و اخذ تصمیمات مناسب، مصرف مدبرانه منابع و تمرکز بر فعالیت‌های هدف‌دار به نتایج مطلوبی دست می‌یابد.

به طور خلاصه می‌توان گفت مدیریت علم و هنری است برای پدید آوردن محیطی مناسب، با هم‌فکری و همکاری دیگران، به منظور شکل دادن به فرآیند کارساز با استفاده بهینه از منابع، برای عرضه خدمات یا کالاهایی قابل رقابت، برای جلب رضایت متقاضیان و مشتریان، با پرهیز از بروز هرگونه عواقب نامطلوب.

مراحل فرآیند مدیریت

مراحل فرایند مدیریت شامل برنامه ریزی، سازمان دهی، کارگزینی، هدایت و کنترل با توجه به منابع مالی، مادی و انسانی است که همگی در جهت تامین موثر ترین و بهترین مراقبت ممکن برای گروهی از بیماران و خانواده های آن ها می باشد. در واقع فرآیند مدیریت بیمارستان منطبق با فرآیند مراقبت از بیمار است و باید در جهت حمایت و تسهیل ارائه فرایند مراقبت طراحی گردد. به طور خلاصه می توان گفت فرآیند مدیریت باید بتواند به سوالات زیر پاسخ گوید:

- ۱) چه باید کرد؟ (تعیین هدف و تهیه برنامه)
- ۲) کار چگونه انجام داده خواهد شد؟ (تعیین خط مشی و رویهها و روشها)
- ۳) کار چگونه تقسیم خواهد شد؟ (سازماندهی کار)
- ۴) چه کسانی کار را انجام خواهند داد؟ (کارگزینی، کارآموزی و کارگماری)
- ۵) کار با چه وسایلی انجام داده خواهد شد؟ (تعیین وسایل انجام دادن کار)
- ۶) کار چه وقت و در چه مدتی انجام داده خواهد شد؟ (زمان بندی کار)
- ۷) کار با چه کیفیتی انجام داده شود؟ (ملاکهای ارزشیابی)
- ۸) کار را چگونه می توان ارزشیابی نمود؟ (عمل ارزشیابی)

دو سؤال آخر، ارزشیابی کار را مطرح میکند. پاسخ سوال اول، ملاکهای ارزشیابی، و پاسخ سوال دوم، عمل ارزشیابی را معین میکند. به مدد این دو میتوان معلوم کرد که نحوه انجام دادن کار تا چه اندازه با معیارهای تعیین شده، همخوانی دارد.

سطوح مدیریت

مدیران را در سه سطح می توان تقسیم بندی کرد. به عبارت دیگر می توان گفت سازمان از سطوح مدیریتی متفاوتی برخوردار است که عبارتند از:

۱) سطح اجرایی یا عملیاتی، یا مدیران صف مقدم (سطح اول):

مدیران اجرایی وظیفه سرپرستی و هماهنگی کارکنان خط مقدم و اجرای خط مشی های عمومی سازمان را به عهده دارند. این گروه از مدیران به علت ماهیت کار، دارای توانایی های ویژه ای از جمله توانایی مرادده ای و توانایی فنی می باشند و با توجه به نقش حساس خود در ایفای وظایف سازمان، نبض سازمان محسوب می شوند. آنان با عدم همکاری می توانند فعالیت های سازمان را به تعطیلی بکشانند. از این رو مورد توجه دو سطح دیگر مدیریت می باشند.

۲) سطح میانی (سطح دوم):

این مدیران واسط بین مدیران اجرایی و مدیران ارشد به حساب می آیند. آن ها مسئول پیاده کردن برنامه های تدوین شده توسط مدیران عالی سازمان ها و نیز نظارت، هماهنگی و کنترل فعالیت های مدیران سطوح پایین تر می باشند. پست این گروه از مدیران در سازمان های دولتی، غیر سیاسی تلقی می شود و با تحولات سیاسی دچار تغییر و تبدیل مکرر نمی شوند و به همین دلیل اهمیت ویژه ای در حفظ تداوم و استمرار سازمان دارند. بیشتر وقت این مدیران صرف جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن می گردد. ارزیابی مدیران عملیاتی را به عهده دارند و مشاوران خوبی برای مدیران عملیاتی هستند. به طور کلی می توان گفت کار مدیران میانی بیشتر جنبه فکری و مطالعاتی دارد تا جنبه عملی.

۳) سطح عالی (ارشد):

مدیران عالی گروه نسبتاً کوچکی هستند که کلیه امور سازمان را در اختیار و کنترل خود دارند. مدیران عالی، اهداف و استراتژی های سازمان را پایه گذاری می کنند و سیاست ها و خط مشی های اجرایی را تعیین می نمایند. آنان ضمن تبادل نظر درباره موضوعات و مسائل کلان سازمان با مدیران سطوح پایین تر، بیشتر وقت خود را صرف گفتگو با مدیران هم سطح و افراد خارج سازمان می نمایند و به همین دلیل وقت کمی را صرف کارکنان داخلی سازمان می کنند. بنا به ماهیت وظایف، شغل مدیران عالی بسیار پیچیده و پرتنش و با تصمیم گیری های موردی و یا روزانه توأم می باشد.

جدول ۱-۱: طبقه بندی مدیران و سطوح مدیریت

بر اساس عنوان	بر اساس موقعیت	بر اساس سطح
رؤسا	مدیریت عالی	مدیریت سطح سوم
مدیران	مدیریت متوسط	مدیریت سطح دوم
سرپرستان	مدیریت پایین	مدیریت سطح اول

سطوح مدیریت پرستاری و مامایی

با توجه به تعریفی که از سازمان ارائه شده، سازمان را مجموعه ای از افراد می دانند که برای تحقق اهدافی معین گرد هم می آیند و با یکدیگر همکاری می کنند. در راس هرم سازمانی رئیس خدمات پرستاری (مدیر پرستاری یا مترون) قرار دارد که به رئیس بیمارستان گزارش می دهد. پس از او در خط میانی، سوپروایزرها هستند که خدمات پرستاری را به رئیس گزارش می دهند و مسئول سرپرستان هستند. در پایین ترین سطح مدیریت، سرپرستان و مسئولین بخش ها هستند که مسئولیت پرستاران و ماماها را شغل، بهیاران، کمک بهیاران، بیماربران، منشی بخش و نظارت مستقیم در امر مراقبت های بالینی را به عهده دارند.

مهارت‌های مدیریت

صاحب نظران حوزه مدیریت معتقدند که مدیران برای اینکه وظایف خود را به خوبی انجام دهند، به مهارت‌های مختلفی نیازمندند.

مهارت‌های مورد نیاز مدیران از دیدگاه رابرت کاتز عبارتست از:

(۱) **مهارت‌های فنی:** به معنی به کار بردن روش، فنون، وسایل و ابزار مورد نیاز برای انجام وظایف خاص است که از راه تجربه و آموزش به دست می‌آید. مدیر باید کار با دستگاه‌ها و تجهیزات را بداند و با فرایندهای کاری آشنایی داشته باشد. با این ویژگی‌ها مدیر از مشروعیت فنی برخوردار می‌گردد و به دنبال آن کارمند زیردست، مدیر خود را می‌پذیرد و با کمال احترام دستورهای وی را اطاعت می‌کند.

(۲) **مهارت‌های انسانی:** مدیر باید بتواند نحوه کار با دیگران را فرا گرفته و از طریق ایجاد ارتباط مناسب و با استفاده از قابلیت‌های زیردستان، انگیزه‌های لازم را در نیروی انسانی زیردست فراهم نماید. مدیرانی که از ظرفیت انسانی بالایی برخوردار هستند، بهتر می‌توانند با افراد مختلف و سلیقه‌های گوناگون برخورد مؤثری داشته باشند و همه افراد سازمان را با وجود تفاوت‌های فردی در جهت اهداف سازمان هدایت نمایند.

(۳) **مهارت‌های ادراکی:** مهارت ادراکی به مفهوم توانایی فهمیدن پیچیدگی‌های کل سازمان است. این آگاهی موجب می‌شود مدیر بتواند اقدامات خود را بر هدف‌های کل سازمان استوار سازد. قدرت تشخیص و تحلیل مسائل، مدیران را قادر می‌سازد که بتوانند مشکلات خود را تعریف نموده، سپس علل احتمالی آن‌ها را تشخیص داده و با تمرکز بر مشکلات به حل آن‌ها اقدام نمایند.

همچنین در جهت برنامه‌ریزی‌های استراتژیک با برخورداری از خلاقیت و آگاهی اقدام نمایند. میزان نیاز مدیران سطوح مختلف به مهارت‌های فوق یکسان نیست. با توجه به حوزه مسوولیت هر سطح از مدیریت، می‌توان نیاز آنان را به مهارت‌های سه‌گانه فوق، در شکل ۱-۱ تصویر نمود. در این شکل ملاحظه می‌گردد که در سطح اول مدیریت (مدیران عملیاتی)، مهارت فنی بیش از مهارت ادراکی مورد نیاز است، زیرا فعالیت‌ها و خدمات اجرایی در این سطح انجام می‌پذیرد و در مدیران عالی یا سطح سوم مهارت ادراکی بیشتری در مقایسه با مهارت

فنی مورد نیاز می باشد. مدیران سطح دوم تقریباً به همهٔ مهارت ها به یک میزان نیاز دارند. در خصوص مهارت انسانی، چون همهٔ مدیران با سایر افراد زیردست در رابطه هستند، لذا همهٔ آنان به یک میزان به مهارت انسانی نیازمندند. همان گونه که مشاهده می گردد، مهارت انسانی بیشترین مهارتی است که همهٔ مدیران به آن نیاز دارند. از سوی دیگر، میزان اختصاص زمان برای اجرای مراحل مختلف فرآیند مدیریت در سطوح مختلف متفاوت است.

شکل ۱-۱: رابطهٔ سطوح مدیریت و مهارت های سه گانه

مهارت فنی مهارت انسانی مهارت اداری

سطح سوم	
سطح دوم	
سطح اول	

شکل ۱-۲: میزان زمان لازم برای فعالیت های هر سطح

برنامه ریزی و سازمان دهی	هدایت و نظارت		
	سطح سوم	سطح دوم	سطح اول

فصل سوم:

رهبری و شیوه های نوین آن

هدایت چهارمین وظیفه اساسی مدیر بعد از برنامه ریزی، تصمیم گیری و سازماندهی است. مشخصه اصلی تمایز سازمان موفق از سازمان ناموفق وجود رهبری پویا موثر در سازمان است.

تعاریف رهبری

☞ رهبری عبارت است از قدرت ترغیب و تشویق افراد برای دنبال کردن یک هدف نهایی همراه با داشتن قدرت در خلاقیت نقشها و سازمان بخشی نیروهای پراکنده انسانی و بیشترین استفاده از آنها برای رسیدن به هدفهای مشترک اجتماعی.

☞ رهبری عبارت است از تأثیر و نفوذ در خصوصیات فکری و رفتاری یک گروه انسانی از سوی فردی که وی را رهبر می نامند.

☞ رهبری فرآیندی است که ضمن آن مدیر می کوشد تا با نفوذ بر کارکنان، آنان را به انجام دادن وظایف خود برانگیزد. به عبارت دیگر، رهبری نفوذ در دیگران از طریق برقراری ارتباط با آنان برای تحقق اهداف سازمان است. اصولاً رهبری را نفوذ در دیگران می دانند، بدین معنی که پیروان، به دلخواه و نه از روی اجبار از رهبر اطاعت می کنند.

☞ در مفهوم رهبری تفاوت آرا و نظریه ها بسیار است. گروهی رهبری را بخشی از وظایف مدیر به حساب می آورند، در حالی که گروهی دیگر دامنه مفهوم رهبری را وسیع تر از مدیریت می دانند. در رهبری، نوع سازمان مطرح نیست، یعنی در هر سازمان یا در هر وضعیتی که فردی موفق به نفوذ در رفتار دیگران گردد، به گونه ای اعمال رهبری کرده است.

☞ سازمان موفق مشخصه عمده ای دارد که بوسیله آن از سازمان ناموفق تمیز داده می شود، این مشخصه، رهبر پویا و اثربخش است. به طور کلی رهبری حول و حوش تأثیرگذاری بر فعالیتهای یک فرد یا گروه است که در جهت هدفی مشخص و در وضعیت معینی تلاش می کنند.

رهبری در پرستاری و مامایی:

داگلاس معتقد است رهبری در پرستاری فرآیند تاثیر گذاری پرستار بر یک یا چند نفر از پرسنل، به منظور دستیابی به مقاصد تعیین شده در مورد یک یا گروهی از بیماران و مددجویان میباشد.

مقایسه رهبری و مدیریت

☞ رهبری و مدیریت دو موضوع هستند که معمولاً با هم اشتباه گرفته می شوند. تفاوت این دو در

چیست؟

☞ مدیریت بیشتر بر انجام فعالیتهایی به وسیله پرسنل، به منظور نیل به اهداف سازمان، تأکید دارد.

☞ مدیر ممکن است به شرایط مخصوص و بیشتر به حل مسائل در کوتاه مدت نظر داشته باشد.

☞ مدیریت کارکنان را در قالب سازمان با شرح وظیفه تعیین شده در نظر دارد ولی تأکید رهبری بر رفتارهای

متقابل در یک زمینه گسترده می باشد و با رغبت و تمایل پیروان همراه است.

☞ رهبران باید کارهای درست انجام دهند، درحالیکه مدیران باید درست کارها را انجام دهند.

☞ تأکید رهبری بر رفتارهای متقابل در یک زمینه گسترده می باشد و با تمایل و رغبت پیروان همراه است.

☞ رهبری از عهده برآمدن است.

☞ رهبران جهت حرکت را با ایجاد دیدگاهی درباره آینده تعیین می کنند؛ پس افراد را با ارتباط دادن آنها با

این دیدگاه همسو می کنند و آنها را برای برخورد با موانع تشویق می کنند.

☞ رابرت هاوس: اساساً بر این باور است وقتی می گوید مدیران از اصل قدرت نهفته در سمت برای رسیدن به

هدف از طریق اعضای سازمان استفاده می کنند مدیریت از به انجام رساندن دیدگاه و استراتژی که بوسیله

رهبران تهیه شده، همکاری و مدیریت منابع انسانی و رفع مشکلات روزانه تشکیل شده است.

ک لازم به ذکر می باشد که رهبری الزاما همان مدیریت نیست. بسیاری از مدیران از تفاوت میان رهبری و مدیریت آگاهی ندارند و بنابراین شناخت نادرستی از چگونگی اجرای وظایف سازمانی خود پیدا می کنند.

ک اگر چه بسیاری از مدیران رهبرند و بسیاری از رهبران مدیر ولی فعالیتهای رهبری و مدیریت فعالیتهای یکسانی نیست. مدیران در پست خود منصوب شده اند آنان قدرت قانونی دارند که اجازه می دهد در مواقع ضروری به دیگران پاداش دهند یا آنان را تنبیه کنند. توانایی تأثیر گذاری مدیران بر مبنای اختیار رسمی است که از پست سازمانی آنان ناشی شده است.

ک درمقابل رهبران ممکن است منصوب شده یا از درون گروه پدید آمده باشند. رهبران می توانند بر عملکرد دیگران تأثیر بگذارند بدون آنکه قدرت تأثیر گذاری آنان از اختیار رسمی ناشی شده باشد.

ک در سازمان، مدیران حوزه ای وسیعتر از رهبری دارند و به همان اندازه که بر موضوعهای رفتاری تأکید می ورزند به موضوع های غیر رفتاری نیز توجه دارند. اما رهبری اساساً بر موضوع های رفتاری تأکید می کند.

ک اگر چه مدیران ضرورتاً باید رهبر باشند چون نمی توانند بدون مشارکت دیگران به اهداف برسند. وقتی رهبری یکی از مراحل فرآیند مدیریت است لذا ضرورتاً باید از مهارت های رهبری استفاده کنند. بیشتر مدیران فعال در بلند مدت رهبر به حساب می آیند. فقط برخوردار بودن از مهارتهای مدیریتی برای موفقیت یک مدیر در جهان صنعتی امروز کافی نیست مدیران جدید باید شناختی اساسی از تفاوت میان مدیریت و رهبری داشته باشند و بدانند چگونه این دو فعالیت برای تحقق موفقیت سازمان باید با هم ترکیب شوند.

ک معمولاً مدیر از اجرای یک شغل اطمینان حاصل می کند در حالی که رهبر مراقب فردی است که آن شغل را اجرا می کند و به او توجه دارد.

ک برای ترکیب مدیریت و رهبری مدیران جدید باید توجهی حساب شده و منطقی به فرآیندهای سازمانی نشان دهند (مدیریت) و به کارکنان بعنوان افراد انسانی توجه واقعی داشته باشند (رهبری).

☞ اصولاً رهبری را هنر نفوذ در دیگران می دانند. بدین معنی که پیروان به دلخواه نه از روی اجبار از رهبراطاعت می کنند. فرد می تواند این هنر را داشته باشد . بدون اینکه قادر باشد هدفهای سازمان را تحقق بخشد. (مدیر نباشد) در ضمن رهبری یکی از وظایف مدیریت است که با رهبری در "رهبری رهبران" متفاوت است . بدین معنی که رهبری فرآیند نفوذ در دیگران است به طوری که آنها با میل و اشتیاق و جدیت در دستیابی به اهداف سازمان تلاش می نمایند.

☞ ولی رهبری درمدیریت فرآیندی است که کارکنان از روی ترس، اجبار، پاداش، تنبیه یا تشویق وظایف خودشان را انجام می دهند.

☞ اگر چه مدیری موفق است، که بتواند هم مدیر باشد و هم رهبر و در راستای اهداف سازمان نقش خود را ایفا نماید.

جدول ۱-۳: تفاوت‌های مدیر با رهبر

ردیف	مدیر	رهبر
۱	افراد را وادار می‌کند.	انگیزه می‌دهد.
۲	امر و نهی می‌کند.	ارشاد و تشویق می‌کند.
۳	کارها را تصحیح می‌کند.	کارهای صحیح را تأیید و هدایت می‌کند.
۴	ایده‌های خود را مطرح می‌کند.	باعث ایجاد ایده می‌شود.
۵	در قضاوت سریع است.	در فهم مطلب و شرایط موفق است.
۶	اول صحبت می‌کند.	اول گوش می‌دهد.
۷	مهلت تعیین می‌کند.	مهلت می‌دهد تا افراد برنامه ریزی کنند.
۸	به مقام و اقتدارش وابسته است.	به شخصیت و اراده خود متکی است.
۹	ایجاد ترس می‌کند.	حمایت و پشتیبانی می‌کند.
۱۰	او تعیین می‌کند چه چیزی مورد نیاز است.	می‌پرسد چه چیزی مورد نیازشان است.
۱۱	همیشه می‌گوید: «من»	همیشه می‌گوید: «ما»
۱۲	نشان می‌دهد چه کسی اشتباه می‌کند.	نشان می‌دهد چه چیزی غلط است.
۱۳	می‌گوید به من احترام بگذارید.	می‌گوید به یکدیگر احترام بگذارید.

نفوذ رهبری

نفوذ رهبری را باید قدرت کلام، رفتار و سلوک مدیران دانست که زیردستان را به طور ناخودآگاه مجذوب و مسحور خود می‌کنند. مانند رفتار یک معلم که شاگردان و حتی والدین آنها زیر نفوذ دقیق، حساب شده و عبرت‌آمیز او قرار می‌گیرند، و گاهی گفتار معلم حکم ضرب‌المثل و یا تکیه کلام آنها را پیدا می‌کند. شاید گفته شود که رفتار و سلوک مدیران یک وظیفه قانونی و تعیین شده است ولی در جواب گفته می‌شود که شرح وظایف مدیران در حد وظایف اداری و کاری آنها متجلی است، و چگونگی اجرا و برخورد با آن وظایف است که زیر نگاهها و دیدگاهها قرار دارد. مدیری که تکیه کلام او "نه" است با آنکه کلمه "نه" را هیچ‌گاه به کار نمی‌برد بلکه آن را به گونه‌ای ادا می‌کند که فرد احساس نفی از آن نمی‌کند و آنرا جزئی از وظایف خود تلقی می‌کند، بسیار متفاوت است. آنکه برای زیردستان دل می‌سوزاند و آنها را چون خودش می‌داند و در مواردی آنها را محرم خود می‌داند و یا در گفتار به جای به کار بردن کلمه "بنشینید"، کلام "بفرمایید" از گفتار او قطع نمی‌شود و لبخند از لبهای او قطع نمی‌شود، به طور مسلم کارکنان آن مدیر را از خود می‌دانند و منتظرند مدیر به آنها دستوری بدهد تا آنها با تمام وجود آن دستور را انجام دهند.

پس می‌توان گفت نفوذ رهبری عبارت است از آن کشمکش‌های رفتاری، گفتاری و پنداری که افراد به طور ناخودآگاه جذب آن شده و در آن غوطه‌ور می‌شوند. در این حالت است که افراد به مدیر، معجزه آسا وابسته شده و مانند مرید و مرادی که گفتار و رفتار مراد برای مرید سند و مصداق عمل است رفتار می‌کنند. برای اینکه رهبر بتواند بر دیگران اثر بگذارد، باید در زمینه رفع یک یا چند نیاز افراد اقدام کند. اثر بخشی رهبری، به میزان پذیرش مخاطبین نسبت به هدایت شدن بستگی دارد.

مبانی قدرت و نفوذ رهبر

☞ **اختیارات قانونی:** این قدرت یا اختیار قانونی ناشی از پست یا موقعیت مدیر در سازمان است.

☞ **قدرت شخصیتی:** یکی از خصوصیات شخصیتی بوده و قابل ستایش است و موهبت الهی یا کاریزما به

شمار می‌رود و فرد را به خوب بودن مشهور می‌کند.

✍ **قدرت تخصصی:** این قدرت به دلیل داشتن دانش و اطلاعات خاصی است که مدیر دارد و می تواند برای

انجام دادن کارها از آن استفاده نموده و تشخیص دهد چه فعالیتی باید انجام شود.

✍ **قدرت پاداش، تنبیه، کاریزما، قدرت پیروان**

دیگر نیروهایی که در مدیر وجود دارد و باعث نفوذ در زیر دستان می شود عبارتند از:

سیستم ارزش گذاری مدیر و میزان باور دیگران و مشارکت دادن آنها در انجام فعالیتها اعتماد مدیر نسبت به

دیگران تمایلات مدیر نسبت به رهبری

احساس ایمنی مدیر در موقعیتهایی که عدم قاطعیت وجود دارد.

ایجاد استقلال کاری در کارکنان و مشورت با آنها هنگام تصمیم گیری، بردباری و گذشت در برابر رفتارهای ابهام

آمیز و نا به جای افراد، احساس مسئولیت نشان دادن در برابر هدفهای سازمان و...

شیوه های رهبری:

پیروی هر فرد یا گروهی از رهبر، باید همراه با دلایل منطقی و پسندیده بوده و چنان که گفته شد، پیرو باید

خود این احساس را داشته باشد. برای کارکنان ادارات، رفع مشکلات اداری، برطرف شدن مشکلات رفاهی، زدودن

چهره بی عدالتی و تبعیض و خلاصه رفع نیازهای ضروری کارمندان و فرودستان برای انجام کارهای روان و راحت از

جمله مواردی است که مدیر باید به آنها برای نفوذ در کارکنان توجه داشته باشد. بنابراین رهبری به عنوان محوری

که قادر است بسیاری از موانع اداری را از مسیر کارها بزدايد همیشه مورد توجه کارکنان بوده است. در این صورت

لازم است همیشه آماده پاسخ گویی و ایجاد راه حل برای موانع باشد. "نمی شود"، "نمی توانم" و غیره از مواردی

است که یک مدیر نباید به کار ببرد. به هر حال پیدا کردن راه حل کارها پیوسته باید در ذهن مدیر چرخش داشته

باشد. اگر پیوسته با جملات منفی به استقبال کارها برود کم کم جذابیت و ارزش وجودی او از بین می رود.

دیگر شیوه های نفوذ رهبری به طور خلاصه عبارتند از:

که به روال قانون عمل کردن

که توجه به تشویق و تنبیه نمودن در کارها عدم استفاده از زور و تحکم داشتن

که به طور عقلانی و منطقی در کارها رفتار کردن

که با تجلی بخشیدن ارزشها در افراد، زمینه ایجاد انگیزش را در آنها تحقق بخشد.

که با توجه به اهداف افراد، آرزوهای آنها را برآورده نماید، و یا در جهت آن تلاش کند.

که تحت نفوذ قرار دادن افراد از طریق اطلاع رسانی و آگاهی بخشیدن ایجاد تغییر و تحول در شرایط سازمان

مطابق آنچه آنها می اندیشند.

که شناخت شخصیت افراد و هماهنگ شدن با آنها البته نه با دورویی بلکه با صداقت تصمیم گیری براساس نظرات

جمع

عناصر رهبری:

عناصری هستند که رهبر برای پیشبرد کارهای اداری خود به کار می گیرد.

عناصر رهبری به طور خلاصه عبارتند از:

- ۱) عوامل رفتاری و اخلاقی و روابط درون سازمانی
- ۲) وظایف قانونی که برعهده رهبری قرار داده است
- ۳) فرهنگ، آداب و رسوم حاکم بر اداره
- ۴) نیازها و خواسته های گروهها و افراد
- ۵) اهداف سازمانی که عبارتند از: بروندادهایی که مورد نظر سازمان است
- ۶) اطلاعات، آگاهی ها و مهارتهای رهبری
- ۷) نیاز به تغییر و تحولات اداری
- ۸) شخصیت رهبری و عوامل اثر بخش یا هنر اثر بخشی او

ویژگیهای رهبری از دیدگاه رالف استاگدیل :

۱- عوامل جسمانی مساعد مانند قد، وزن، سلامتی مزاج و قیافه

۲- **هوش و قدرت فکری:** میزان هوش رهبر گروه بیش از حد متوسط هوش سایر افراد گروهی است که وی

رهبری آنها را برعهده دارد. اما باید توجه داشت که اختلاف هوش رهبر با سایر افراد گروه نباید خیلی زیاد باشد، زیرا در اینصورت تفاهم مشکل به وجود خواهد آمد و در نتیجه اختلاف هوش زیاد در روابط رهبر با پیروان وی خلل وارد می آورد. از طرف دیگر علت اینکه افراد بسیار باهوش گروه هیچگونه نقش رهبری ندارند این است که علایق و ارزشهای معنوی آنان با سایرین متفاوت می باشد. درک افراد فوق العاده باهوش برای افراد عادی مشکل است. بدین جهت افراد رهبری شخصی را که فهم نظریات وی برای آنان آسان است را بر حکومت عاقلانه اشخاص زبده و استثنایی ترجیح می دهند.

۳- **اعتماد به نفس:** رهبری مستلزم ابتکار و تفکر مثبت و سازنده است. رهبران گروههای مختلف بیش از سایر

افراد گروه به خود اعتماد و اطمینان دارند. شخصی که به خود اعتماد دارد به نظر دیگران نیز دارای مهارت و توانایی لازم برای حل مشکلات عاجل سازمان است.

۴- **اخلاق اجتماعی:** یکی از خصوصیات رهبر آن است که اجتماعی باشد. یعنی اهل شرکت در فعالیتهای

متشکل دسته جمعی و مجامع و هدایت مساعی افراد باشد.

۵- **اراده قوی:** نتایج تحقیقات نشان می دهد که همبستگی قابل توجهی بین اراده و قدرت رهبری وجود دارد.

۶- **تفوق:** آنچه که رهبران را از سایر افراد گروه متمایز می کند، تمایل به داشتن قدرت و مقام و تسلط بر

دیگران است. بنابراین در شرایط مساوی، اشخاصی که میل به احراز قدرت و تسلط بر دیگران دارند استعداد بیشتری برای ایفای نقش رهبری خواهند داشت.

۷- **تموج شخصیت:** تموج شخصیت در اصطلاح روانشناسی شامل صفاتی از قبیل پرحرفی، نشاط، خوش

مشربی، قدرت بیان، هوشیاری و ابتکار است.

وظایف رهبری:

(۱) **داوری کردن:** زمانی که اعضای سازمان چندان موافقتی با انجام یک عمل نداشته باشند، رهبر ممکن است

از طریق حکمیت یا تصمیم گیری شخصی، به حل مشکل بپردازد.

(۲) **پیشنهاد کردن:** ارائه و تأکید بر پیشنهاد توسط رهبر، این فرصت را به وی می دهد تا بی آنکه از دستورهایی

مستقیم استفاده کند، از جانب زیردستان نظرات و عقاید گوناگونی را دریافت دارد. همچنین به موازات این

فرایند، وقار و احترام زیردستان و احساس مشارکت و همکاری در آنان نیز تقویت می شود.

(۳) **تدارک و عرضه اهداف:** هدفهای یک سازمان حالتی خودکار و خودجوش ندارد بلکه می باید به وسیله

رهبر تهیه و تنظیم و ارائه شود. برای اینکه سازمانی، اثربخش باشد، این اهداف باید متناسب با سازمان بوده و

امکان کار و تلاش جمعی و گروهی را فراهم آورد.

(۴) **شتاب بخشیدن و سرعت پذیر کردن:** برای آغاز یا افزایش یک حرکت و یا ایجاد تحرک در یک سازمان،

به یک نیرو و یا شدت عملی نیاز خواهد بود که این نیرو می تواند به مثابه یک "شتاب دهنده شیمیایی" باعث

برانگیختگی و تحریک کارکنان برای انجام کار بشود.

(۵) **تأمین امنیت:** یک رهبر در برخورد با مشکلات، چنانچه طرز تلقی و نگرش مثبت و خوش بینانه ای داشته

باشد، قادر خواهد بود امنیت خاطری را برای زیردستان خود فراهم آورد. چنین امنیتی برای افراد سازمان بسیار

مهم است و همواره در معرض تهدید برداشتهای رهبر قرار دارد. به بیان ساده تر، طرز تلقی نامناسب رهبر، می

تواند موجودیت چنین امنیت خاطری را به مخاطره اندازد. این وضعیت به علت نگرشهای خوب یا بد رهبر پدید می آید که سرانجام توسط زیردستان کشف می شود.

۶) **شاخص و نماینده بودن:** رهبر ضمن اینکه سمت نمایندگی سازمان خود را در بین دیگران برعهده دارد، همچون یک عنصر شاخص و یک نهاد خدمتگزار عمل می کند. نظری که افراد خارج از سازمان نسبت به سازمان دارند، چه بسا به عقیده ای که آنان نسبت به رهبر دارند، ارتباط می یابد. تأثیر مطلوب یک رهبر، به احتمال زیاد، به یک تلقی مطلوب از سازمان منجر می شود و بالعکس.

۷) **القا نمودن:** در صورتی که یک رهبر بتواند امکان درک و شناخت اهمیت و ارزش کار زیردستانش را برای آنان فراهم آورد، قادر خواهد بود پذیرش و هواداری جدی از اهداف سازمانی را در اذهان زیردستان خود القا کند. افزون براین، وی موفق خواهد شد تا آنان را برای انجام کار موثر در جهت فضایل علمی ترغیب کند.

۸) **تشویق و تمجید:** یکی دیگر از نیازهای انسانی، نیاز به تشخیص، احترام و شناسایی در بین دیگران است. بر این اساس، رهبران می توانند از طریق تشویق و ستایش صادقانه، این نیاز را مورد تأکید قرار دهند. بدین ترتیب که در کارکنان اعتماد به نفس پدیدآورده و یادآور شوند که آنان، افرادی مهم بوده، کارشان درخور قدردانی است و رهبر، به شدت به آنان علاقه مند بوده و در قلب خود جای داده است.

شیوه های رهبری

چهار شیوه رهبری در بین مدیران سازمان متداول است که عبارتند از: شیوه های استبدادی، دموکراسی،

مشارکتی، باری به هرجهت.

(۱) **شیوه رهبری استبدادی:** رهبر با اتکاء به قدرت شخصی به دست آمده از سمت خود، کلیه تصمیم گیری ها و تعیین مقاصد را شخصا به عهده می گیرد و زیر دستان را با تکیه بر روش وظیفه گرایی و با تنبیه ، سرزنش و گاهی تشویق، مستبدانه به کار وادار می کند.

(۲) **شیوه رهبری دموکرات:** کسی است که به مشارکت کارکنان در تصمیم گیری ها و تعیین مقاصد اهمیت داده، از آن ها برای از قوه به فعل در آوردن توانایی هایشان استفاده می کند و به آنان کمک می کند که برنامه و مقاصد خود را تنظیم و تعیین کنند.

(۳) **شیوه رهبری مشارکتی:** روشی بین استبدادی و دموکراسی است . در این روش رهبر نظریات و تجزیه و تحلیل خود را در مورد مسئله ابراز داشته و اعضاء گروه شرکت کننده ، انتقادات و پیشنهادات خود را ارائه می کنند، سپس مدیر با تجزیه و تحلیل نظریات کسب شده، شخصا تصمیم نهایی را برای اقدام توسط گروه اتخاذ می کند.

(۴) **شیوه رهبری باری به هر جهت:** مدیر هیچ گونه مسئولیتی مانند رهبری، هدایت، کنترل و غیره به عهده نگرفته و کارمندان را به حال خود رها می کند و از آن ها می خواهد که کارها را برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی کند.

نظریه موقعیتی

موثرترین رهبر در موقعیت کسی است که شیوه ی او به گونه ای باشد که نیاز های گروهی را برآورده سازد و از ساختار آنان در حین کار حمایت نماید . بنابراین نظریه، همان قدر که رهبر وضع پیروان خود را کنترل می کند، خود او نیز به وسیله موقعیت کنترل می شود. براساس نظریه موقعیتی ، رهبری با تغییر در وضع بایستی از فردی به فرد دیگر و از شیوه ای به شیوه ی دیگر تغییر یابد. برای موفقیت در امر رهبری، رهبر بایستی عضو گروه تحت رهبری خود باشد و از دید کارکنان خود به میزان قابل ملاحظه برجسته و مهم تر از آنان بوده ، جایگاه مهمی در بین گروهی که با آنان کار می کند داشته باشد. به فرض مثال سوپروایزر پرستاری باید خصوصیات مشابه زیر دستان خود داشته باشد و هم چنین تخصص در زمینه های پرستاری، مدیریت، و ارتباطات الزامی است که با سیاست و راهنمایی موثر گروه، افراد تحت سرپرستی خود را به تحرک وادارد.

نتیجه گیری

بر اساس آنچه که بیان شد میتوان نتیجه گیری کرد که:

(۱) نمیتوان بطور مطلق سبک رهبری خاصی را بعنوان سبک رهبری برتر برای تمام شرایط تجویز کرد. بلکه این موضوع نیازمند نگرش اقتضایی است که بسته به شرایط در هر حالتی بتوان سبک خاصی از رهبری را در پیش گرفت.

(۲) براساس تحقیقات لیکرت ثابت شده است که سبک رهبری دموکراتیک سبب کارایی و تولید بیشتر در سازمانها میگردد، لیکن در تمامی سازمانها چنین سبکی قابل اجرا نیست مثل ارتش و آتشنشانی.

رهبری در پرستاری

رهبری در پرستاری جنبه کاملاً عملی دارد و استفاده از دانش نظری در آن الزامی است. رهبران پرستاری باید توان حفظ وضع و موقعیت موجود سازمان را داشته باشند. رابط بین سازمان، مدیریت و مددجویان باشند و جلب مشارکت سایر اعضای کادر درمان الزامی است. با اینکه صدها سال از پیدایش پرستاری نوین میگذرد، متأسفانه رهبری موفق و بنام در بین هزاران پرستار و ماما دیده نشده است. مارینر علل این امر را چنین بیان میکند: عدم توجه دانشگاهها به یادگیری شیوه های رهبری، شیوه رهبری استبدادی در پرستاری.

فصل چهارم:

اصول و مبانی برنامه ریزی انواع برنامه (استراتژیک و عملیاتی)

اهمیت برنامه ریزی در مدیریت پرستاری و مامایی

برنامه ریزی از اصول اساسی مدیریت و مهم ترین وظیفه مدیر است. در واقع برنامه ریزی پلی است که حال را به آینده مرتبط می کند. مدیر از طریق برنامه ریزی می تواند راه های رسیدن به اهداف سازمان و ابزارهای مناسب برای دستیابی به آن ها را مشخص کند. آشکار است که اقدام به هر کاری بدون بررسی جوانب آن و انجام برنامه ریزی نشانه عدم بهره گیری صحیح و مناسب از عقل است. امام علی (ع) عقلی بودن برنامه ریزی را مورد تاکید قرار داده و می فرمایند: «لا عقل کالتدبیر» یعنی هیچ عقلی مثل تدبیر نیست.

از سوی دیگر باید توجه داشت که صرف داشتن برنامه به موفقیت منجر نمی شود. برنامه غیر اصولی و نامناسب می تواند موجب شکست، ناکامی و فروپاشی سازمان شود. حضرت علی (ع) در تبیین این نکته می فرمایند: «سوال تدبیر، سبب التدمیر» یعنی برنامه ریزی بد، موجب فروپاشی است.

از آنجا که عملکرد کارکنان پرستاری و مامایی از یک سو در جهت کمک به بهبود بیماران و مددجویان و از سوی دیگر در جهت اداره کردن و مدیریت پرسنل در سطوح بالاتر مدیریتی می باشد، لذا برنامه ریزی و تعیین مسیر عملکرد یکی از وظایف مهم و اساسی آن ها در جهت رسیدن به هدف مراقبت از بیمار و ارتقای سلامت می باشد.

با توجه به این که برنامه ریزی نقش هدایت و راهنمایی را در سازمان به عهده دارد، می تواند مدیران را در استفاده صحیح از فرصت ها و مقابله با تهدیدها کمک نماید. از طرف دیگر، عمل کردن صرفا بر اساس برنامه، به انعطاف ناپذیری و صرف وقت زیاد منجر می گردد. در اینجا به اختصار به بیان آثار مثبت و منفی برنامه ریزی می پردازیم:

مزایای برنامه ریزی

(۱) **پیشگیری از اشتباه:** در فرآیند برنامه ریزی، قبل از عمل کردن باید فعالیت مورد نظر مورد مطالعه قرار گیرد و عواقب و مشکلات ناشی از مراحل انجام کار پیش بینی گردد. آغاز آگاهانه کارها امکان بروز اشتباه را کاهش می دهد و به پیشرفت موثرتر و سریع تر سازمان منجر می گردد.

۲) **افزایش بهره وری:** بهره وری به معنای استفاده بهینه از منابع و امکانات برای دستیابی به اهداف سازمان است. برنامه ریزی نه تنها می تواند از هدر رفتن منابع و امکانات پیشگیری کند، بلکه به جذب امکانات و منابع بالقوه دیگر نیز کمک می کند. اگر چه با افزایش منابع و امکانات، موفقیت و پیشرفت سازمان افزایش می یابد، ولی آنچه بیش از داشتن امکانات اهمیت دارد، استفاده درست از امکانات و افزایش بهره وری است.

۳) **پیش بینی مشکلات آینده:** برنامه ریزی و آینده نگری به سازمان این امکان را می دهد که برای مواجهه با خطرات و تهدیدات احتمالی آمادگی های لازم را داشته باشد. برنامه ریزی، برای مقابله با این مشکلات راه کارهایی ارائه می دهد و از گرفتار شدن سازمان در مشکلات سازمانی پیشگیری می کند.

۴) **کمک به تصمیم گیری اثر بخش:** برنامه ریزی به معنی تعیین اهداف سازمانی و پیش بینی راه های دست یابی به آن هاست. برنامه ریزی، ابهامات فرایند تصمیم گیری را از بین می برد و میزان انحرافات ناآگاهانه تصمیم ها از اهداف کلی سازمان را تا حد زیادی کاهش می دهد. بنابراین، یکی از مهمترین عوامل موثر در موفقیت سازمانی، برنامه ریزی و آینده نگری قبل از اقدام به تصمیم گیری است.

۵) **کاهش هزینه های اجرایی:** برنامه ریزی به انتخاب روندی سودمند که بیشترین نتیجه و کمترین هزینه را در بر داشته باشد کمک می کند.

۶) **کنترل سازمان:** برنامه ریزی از طریق تعیین آرمان، هدف، زمان بندی، استاندارد کاری و ... اساسی را برای کنترل یک سازمان تعیین می کند. مناسب ترین ابزار کنترل، برنامه ریزی است، به نحوی که برخی از صاحب نظران، برنامه ریزی و کنترل را دوقلوهای به هم چسبیده سازمان نامیده اند.

۷) **مصونیت از پشیمانی:** با کمک برنامه ریزی می توان مشکلات آینده سازمان را پیش بینی کرده و از بروز مشکلات و خطا تا حدودی پیشگیری نمود.

مشکلات برنامه ریزی:

- ☞ گاهی برای انجام برنامه ریزی اطلاعات درست و دقیقی در دسترس نیست و برنامه ریزی بر اساس داده های غیر قابل اعتماد انجام می شود. این موضوع باعث انحراف سازمان و قرار گرفتن در مسیر بی راهه می گردد.
- ☞ ممکن است برنامه ریزی به انعطاف ناپذیری یک سیستم منجر شود. از این رو باید اصل انعطاف پذیری را همواره مد نظر قرار داد.
- ☞ برنامه ها باید در موارد خاص قابلیت تغییر و انعطاف داشته باشد.
- ☞ برنامه ریزی نیازمند صرف وقت و هزینه بالا است.
- ☞ مدیران پرستاری و مامایی فاقد مهارت کافی در برنامه ریزی هستند و بیشتر به انجام عملیات تمایل نشان می دهند.
- ☞ برای برنامه ریزی استقلال واحد برنامه ریزی کننده و در دسترس بودن منابع کافی ضروری است که مدیران پرستاری و مامایی از این استقلال برخوردار نبوده و منابع لازم نیز در دسترس آنان قرار ندارد.

تعریف برنامه ریزی

- برنامه ریزی به صورت های مختلفی تعریف شده است که به بیان برخی از آن ها می پردازیم.
- ☞ **بر اساس تعریف پیترو دراکر** برنامه ریزی جریانی مستمر از تصمیم های سیستماتیک می باشد که با در دست داشتن بهترین اطلاعات نسبت به آینده به مرحله اجرا در می آید.
- ☞ **کلود جورج معتقد است** برنامه ریزی به همان اندازه بخشی از اعمال مدیریتی به حساب می آید که نفس کشیدن بخشی از حیات انسان می باشد.
- ☞ **به اعتقاد فایول** برنامه ریزی و مدیریت دو کلمه مترادف هستند که اهمیت برنامه ریزی و آینده نگری در سازمان را نشان می دهند.
- ☞ در واقع اگر برنامه ریزی پیش بینی کل مدیریت نباشد، لاقلاً بخش اصلی و اساسی آن به حساب می آید.

که به طور کلی برنامه ریزی شامل تعیین هدف و وضع خط مشی، تبدیل هدف به برنامه عملیات و پیش بینی چگونگی اجرای آنهاست.

که به عبارت دیگر برنامه ریزی به معنای پیش بینی و دورنگری است درباره این که برای رسیدن به هدف معینی، چه کاری، چگونه، در طی چه مدت زمان و به وسیله چه افرادی باید انجام شود؛ بنابراین، برنامه ریزی را می توان پاسخ به سه ک (کی، کجا، کی) و سه چ (چی، چرا، چگونه) دانست.

فرآیند برنامه ریزی

برنامه ریزی، تعیین گام هایی برای عملکردهای آینده است. با توجه به این که شرایط آینده ناشناخته است، لازم می باشد پیش بینی ها و تخمین های لازم صورت گیرد. تهیه برنامه به صورت گام به گام و به ترتیب زیر انجام می شود:

۱) تجزیه و تحلیل و درک سیستم (کجا هستیم؟)

به منظور موفقیت در برنامه ریزی در یک سازمان باید اطلاعات دقیق و روشن از محیط داخلی و خارجی آن وجود داشته باشد. بررسی نیازهای مددجویان، امکانات موجود، وضعیت مالی، قوانین حاکم، محیط ذهنی و فرهنگی سازمان، نیروی انسانی و روابط موجود در سازمان کمک می کند تا به موقعیت و واقعیت ها توجه شود و برنامه ریزی متناسب با توان و امکانات سازمان باشد.

۲) تعیین آرمان ها و اهداف عملیاتی (به کجا می خواهیم برویم؟)

هدف معیاری است که بر اساس آن می توان کارهای انجام شده را سنجید و مقایسه نمود. اهداف نتیجه منطقی فرایند برنامه ریزی است. اهداف باید سنجش پذیر و دست یافتنی باشند. به علاوه، اهداف باید هم خوانی و توافق داشته باشند. البته وجود تناقض میان اهداف در هر سازمانی تا اندازه ای اجتناب ناپذیر است، زیرا هدف ها و منافع افراد و گروه های سازمانی کاملاً توافق ندارند، مثلاً هدف هایی که کارکنان سازمان در زمینه حقوق

ودستمزد دارند، معمولا با هدف های صاحبان یا مدیران سازمان هم خوانی ندارند. از این رو تلاش برای ایجاد توافق و هم خوانی بیشتر میان اهداف به اثربخشی فعالیت های سازمان کمک خواهد کرد.

۳) تعیین گام های اجرایی (چگونه می خواهیم برویم؟)

پیام برنامه ریزی این است که بتوانیم از امکانات موجود در جهت ساختن آینده استفاده نماییم. برای این منظور مدیران اطلاعات گذشته، حال و آینده را مورد بررسی قرار می دهند تا بتوانند حوادث آینده را پیش بینی کنند و گام های اجرایی برای برنامه تعیین نمایند.

۴) تصمیم گیری (چه کاری باید انجام دهیم؟)

تصمیم گیری جزء لازم و کامل برنامه ریزی به حساب می آید. مدیر پس از تعیین اهداف، بر اساس بررسی های انجام شده و اطلاعات جمع آوری شده، اهداف را اولویت بندی کرده و تصمیم گیری می کند که چه کاری باید انجام شود.

۵) اولویت بندی گام های اجرایی (از کجا شروع کنیم؟)

با توجه به اهداف، نیازهای سازمان و شرایط موجود، باید گام های اجرایی اولویت بندی شوند و دقیقا مشخص شود که اقدامات از کجا شروع و به کجا ختم خواهد شد.

۶) تعیین شیوه اجرایی هر مرحله (چگونه گام های برنامه را عملیاتی کنیم؟)

قبل از هر مرحله و اقدامی باید مشخص شود دقیقا چه کاری، توسط چه کسی، چه زمانی و چگونه انجام شود.

۷) تعیین شیوه ارزشیابی و کنترل برنامه (چگونه برنامه را کنترل کنیم؟)

در هر برنامه، باید شیوه کنترل و ارزشیابی برنامه مشخص شود. یعنی برنامه نویسان تعیین نمایند که عملیات اجرایی را چگونه کنترل خواهند نمود و چه تضمینی برای اجرای برنامه وجود دارد.

اصول برنامه ریزی

- ۱) برنامه ریزی باید بر اساس اهداف تعیین شوند. بنابراین پیش از برنامه ریزی باید هدف به روشنی تعریف شده باشد.
 - ۲) پیش بینی یکی از بخش های اصلی و حیاتی برنامه ریزی است، چرا که برنامه ریزی غالباً برای آینده طراحی می شود.
 - ۳) برنامه ریزی باید ساده باشد و فعالیت های مورد نظر را پیش بینی نماید.
 - ۴) در برنامه ریزی باید علاوه بر توجه به عوامل اقتصادی، باید به هماهنگی برنامه با سازمان و محیط سیاسی توجه نمود.
 - ۵) افراد مسئول اجرای برنامه ها، باید نقش فعال در تهیه آنها داشته باشند.
 - ۶) برنامه باید با جمله کجا هستیم شروع شود، نه با جمله کجا می خواهیم باشیم.
 - ۷) وجود توافق بین افراد درگیر فرآیند برنامه ریزی از مسائل مهم برنامه ریزی است.
 - ۸) برنامه ریزی باید انعطاف پذیر باشد.
 - ۹) برنامه ریزی باید به صورت مکتوب بین کلیه مدیران توزیع گردد.
 - ۱۰) ارزش برنامه ریزی در تبدیل آنها به عملیات اجرایی می باشد.
 - ۱۱) تجدید نظر سالانه، دوره ای و کلی از مسائل مهم در برنامه ریزی می باشد.
- به طور خلاصه می توان گفت فرایند برنامه ریزی موثر شامل طراحی درست برنامه ها، اجرای درست برنامه ها و تسهیل عمل کنترل توسط مدیریت است.

انواع برنامه ریزی سازمانی

سه نوع برنامه ریزی در سازمان ها دیده می شود:

- (۱) برنامه ریزی استراتژیکی یا بلند مدت
- (۲) برنامه ریزی تاکتیکی یا میان مدت
- (۳) برنامه ریزی عملیاتی، تکنیکی یا کوتاه مدت

برنامه ریزی استراتژیک یا بلند مدت

برنامه ریزی استراتژیک عموماً به وسیله مدیران سطوح بالا و برای مأموریت های اساسی انجام می شود و مانند چتری بالای سر سایر برنامه ریزی ها قرار می گیرد. این نوع برنامه ریزی راه اصلی فعالیت ها و همچنین زمان لازم برای این حرکت را که معمولاً از پنج سال به بالا می باشد تعیین می نماید. به عنوان مثال، برنامه ریزی در جهت بالا بردن سطح سلامت کشور، یک نوع برنامه ریزی استراتژیک در سطح جامعه می باشد و برنامه ریزی جهت بهبود کیفیت خدمات، یک برنامه ریزی استراتژیک در سطح بیمارستان است.

برنامه ریزی تاکتیکی یا میان مدت

خرد کردن برنامه ریزی استراتژیک را برنامه ریزی تاکتیکی می گویند. این برنامه ریزی توسط مدیران میانی طرح ریزی می شود. به عنوان مثال، به دنبال برنامه بالا بردن سطح سلامت کشور به عنوان برنامه استراتژیک، مدیران میانی تربیت افراد متخصص، تاسیس بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی را در قالب برنامه ریزی تاکتیکی سرلوحه کار خود قرار می دهند.

برنامه ریزی عملیاتی یا تکنیکی یا کوتاه مدت

محصول خرد کردن برنامه ریزی تاکتیکی، برنامه ریزی کوتاه مدت است. در مثال قبل، با توجه به این که لازم است متخصص تربیت شود، چند نفر پرستار، چند نفر پزشک و سایر کادر بهداشتی مورد نیاز است. این برنامه ریزی توسط مدیران عملیاتی طرح ریزی می شود.

تعاریف کلیدی در برنامه ریزی استراتژیک

چشم انداز(دورنما): چشم انداز یا دور نما یک تصویر ذهنی از وضعیت سازمان پس از اجرای برنامه است. در هنگام برنامه ریزی استراتژیک باید ترسیم دورنمایی از آینده را مقدم بدانیم.

استراتژی: استراتژی ها چارچوب های کلی و راهنمای عملی هستند که بدون مشخص کردن نحوه عملکرد، به صورتی آرمانی چگونگی دستیابی سازمان را به اهداف معین می کنند.

خط مشی: خط مشی ها، بر مبنای استراتژی ها تعیین می گردند و چگونگی دستیابی به اهداف را نشان می دهند و به عنوان راهنماهایی هستند که حوزه فعالیت های مجاز و نحوه عملکرد برای دستیابی به اهداف را مشخص می کنند. خط مشی ها باعث ثبات فعالیت های مدیران مختلف در شرایط مشابه می شوند تا بتوانند تصمیمات یکسانی بگیرند. خط مشی ها باید مکتوب و قابل فهم باشند و در شرایط متفاوت بتوانند کاربرد داشته باشند. ایجاد خط مشی یک فرایند مداوم است و برای این که مشخص شود خط مشی درک شده و درست به کار برده شده است، نظارت مداوم، تجزیه و تحلیل و ارزشیابی دوره ای از خط مشی ها ضروری است.

رویه ها: رویه ها محدودتر از خط مشی ها هستند و جریان عملیات را در مدیریت مشخص تر می سازند. در واقع رویه ها به واسطه گام های متوالی زمان بندی شده، مراحل زمانی را برای نیل به هدف نشان می دهند.

روش ها: برای هر رویه ای یک مرحله اجرایی وجود دارد. در واقع روش ها، چگونگی انجام کار را در هر یک از گام ها تعیین می کند.

مقررات: مقررات ساده ترین نوع برنامه می باشند و اقداماتی که باید انجام شود را مشخص می نمایند. به عبارت دیگر، مقررات منعکس کننده تصمیمات مدیریت در مورد اقدامات مجاز و غیر مجاز می باشند.

کاربرد برنامه ریزی در پرستاری و مامایی

مدیران پرستاری و مامایی با توجه به مسئولیتی که به عنوان مراقب بیمار یا مددجو به عهده دارند، باید در زمینه برنامه ریزی آگاهی و توانمندی لازم را داشته باشند. وقتی سطح مدیریت تغییر می کند، مسئولیت مدیر نیز به تبع آن حیطة جدیدی می یابد. به عنوان مثال، مدیران پرستاری در رده بالا، در تدوین برنامه های استراتژیک دخالت دارند.

جدول ۱-۲: سطوح مدیران پرستاری و برنامه ریزی

رده مدیران	سطوح	عنوان	حدود برنامه ریزی
رده بالا	سطح سوم	مدیر خدمات پرستاری (مترون)	برنامه ریزی استراتژیک تامین پرسنل پرستاری و خدمات پشتیبانی برای ارائه مراقبت های پرستاری با کیفیت بالا
رده میانی	سطح دوم	سوپروایزرها	تنظیم خط مشی، قوانین، رویه ها و روش ها، تنظیم وهدف گذاری فعالیت های رده پایین و اجرای پروژه های ضروری
رده پایین	سطح اول	سرپرستار رهبر تیم پرستار اولیه	تنظیم برنامه های عملیاتی، جدول زمانبندی کار به طور روزانه ، هفتگی و ماهانه، برنامه ریزی برای ارائه مراقبت های مستقیم و غیر مستقیم

اجرای عملی برنامه ها

بیشتر برنامه های تدوین شده در کشورهای در حال توسعه، علیرغم نیاز شدید، روی کاغذ باقی میمانند، که

مهمترین علل آن موارد زیر می باشند:

- (۱) فقدان یا ضعف پیش شرطهای برنامه ریزی
- (۲) نبودن برنامه ریزی استراتژیک
- (۳) اهمیت ندادن به عنصر انسانی در برنامه ریزی
- (۴) رعایت نکردن اصول علمی برنامه ریزی
- (۵) پایش و ارزشیابی نکردن برنامه

در اجرای برنامه ها معمولاً از دو روش تکنیک جدول گانت (کارنما) و تکنیک ارزیابی و بازنگری برنامه یا پرت

استفاده می گردد که در این بخش به بررسی این روش ها می پردازیم.

جدول گانت یا کارنما

جدول گانت یک یک نمودار ستونی است و ابزار سودمند مدیریتی برای برنامه ریزی، کنترل و پایش فعالیتهای

میباشد. این روش برنامه ریزی یک نوآوری مهم جهانی در دهه ۱۹۲۰ می باشد که ترتیب زمانی فعالیتهای پیش

بینی و برنامه ریزی شده و فعالیتهای انجام گرفته را نشان میدهد.

برای تهیه نمودار گانت ابتدا کلیه فعالیتهای هر استراتژی لیست شده، سپس موعد و مدت زمان هر فعالیت

پیشبینی میشود و براساس تقدم زمانی، جدول گانت رسم میگردد. در یک جدول گانت، هر فعالیت یا وظیفه در

یک ردیف نمایش داده میشود.

زمان در بالای ردیفها قرار داده می شود و بر حسب دقیقه، ساعت، روز، هفته یا ماه می باشد. برای مدت زمان

معمولاً بیش از ماه استفاده نمی شود. زمان مورد انتظار برای هر فعالیت توسط خطوط افقی که انتهای سمت راست

آن زمان مورد انتظار شروع فعالیت و انتهای سمت چپ آن زمان مورد انتظار پایان و تکمیل آن است نشان داده می شود.

فعالیت ها می توانند به ترتیب، یا موازی و یا اشتراکی انجام شوند. به منظور مقایسه، پایش و انجام اقدامات اصلاحی درحین اجرای برنامه، فعالیت‌هایی که عملاً انجام گرفته اند در جدول مشخص میشوند. اطلاعات زمانی فعالیت ها در تکنیک جدول گانت (کارنما) از راه های زیر می توان زمان فعالیتها را مشخص کرد:

(۱) بر اساس دیدگاه صاحب نظران و افراد مجرب

(۲) از منظر تحقیقات انجام یافته

(۳) با انجام پیلوت یا طرح آزمایشی

فصل پنجم:

سازمان دهی ، روشهای تقسیم کار و تفویض اختیار

هر برنامه ای جهت اجرا نیازمند سازماندهی نیروی انسانی است تا در پرتو آن، افراد بدانند چه وظایفی دارند و در مقابل چه کسانی جوابگو هستند و افراد فرادست چه کسانی می باشند. سازمان دهی از فعالیت های ذهنی مدیر است که به منظور به اجرا در آوردن برنامه ها و رسیدن به اهداف صورت می گیرد که بر اثر آن، اختلاف ها به حداقل رسیده، مسئولیت کارکنان مشخص و رسیدن به اهداف آسان تر شده است.

تعریف سازمان

سازمان از افراد دارای هدف مشترک و رابط های که با یکدیگر دارند تشکیل میشود. آنان دارای ساختار و وظایفی در جهت رسیدن به اهداف خاص هستند. به عبارت دیگر سازمان هماهنگی معقول در فعالیت گروهی از افراد است که از طریق تقسیم کار و وظایف و از مجرای سلسله مراتب اختیار و مسئولیت قانونی برای نیل به یک هدف یا منظور مشترک همکاری می کنند. بنابراین میتوان سازمان را به گونه ای در نظر گرفت که:

یک نهاد اجتماعی مبتنی بر هدف میباشد.

ساختار آن به صورتی آگاهانه طرح ریزی شده و دارای سیستمهای فعال و آگاهانه است که هرکسی در آن وظایفی دارد.

نکته مهم آن است که سازمان ها برای توفیق در نیل به اهداف باید از ساختار و کارائی مناسب برخوردار باشند. از آن جایی که محیط های سازمانی دائماً در حال تغییر می باشند، سازمانها اثربخشی خود را از دست خواهند داد. بنابراین چه مدیر، سازمان جدیدی را تاسیس کند و یا اینکه درگیر امور مربوط به سازمان در حال فعالیت باشد باید سازمان دهی کند.

انواع سازمان

۱) **سازمان رسمی:** سازمان رسمی ساختاری است که روی نمودار یا چارت سازمانی دیده می شود ، این

سازمان برنامه ریزی شده است. در سازمان رسمی، اختیارات افراد و روابط بین آنها بر حسب مقررات و

قواعد وضع شده است و برای دستیابی به هدف مشخصی است که بر اساس طرح و نقشه قبلی برقرار می شود و حدود آن نیز به وسیله مقررات یا مدیران مشخص می گردد. در سازمان رسمی، سلسله روابط بین مشاغل و مقامات سازمان ها مشخص است. به طور خلاصه می توان گفت در سازمان رسمی نوع مشاغل کارکنان سازمان و محل سازمانی آنها مشخص است، کیفیت سلسله ارتباطات رسمی بین افراد آشکار است و حدود قلمرو وظایف هر یک از مشاغل و صاحبان مشاغل مشخص است.

۲) **سازمان غیر رسمی:** در این سازمان ارتباطات بدون شکل و نمودار سازمانی ایجاد می شود و افراد بر اساس علائق مشترک بدون در نظر گرفتن جایگاه رسمی در سازمان در کنار یکدیگر قرار می گیرند. سازمان غیر رسمی به علت تکرار و به دلیل انگیزه های درونی، تدریجا شکل خاصی به خود می گیرد، طوری که سازمان رسمی را تحت تاثیر قرار می دهد. به طور مثال، تشکیل یک تیم ورزشی و یا کمیته علمی در یک بیمارستان نمونه ای از سازمان غیر رسمی است.

تعریف سازمان دهی

سازمان دهی عبارت است از فرآیند تعیین وظایف، اختیارات و مسئولیت های واحدها و پست های سازمانی، نحوه هماهنگی و ارتباط بین آنها. به عبارت دیگر، سازماندهی فعالیتی است که به صورت دوره ای و مستمر انجام می گیرد و با تغییرات محیط داخلی و خارجی، مدیران نیز ناچارند ساختارهای سازمانی را تغییر دهند.

فرآیند سازمان دهی

سازماندهی فرآیندی است که طی آن تقسیم کار میان افراد گروه های کاری و هماهنگی میان آنها به منظور کسب اهداف سازمان صورت می گیرد. برای این منظور باید کارها و فعالیت ها طراحی شوند. سپس فعالیت ها با توجه به منابع انسانی و مادی موجود دسته بندی شوند و در نهایت به منظور کسب هدف مشترک، میان پست ها

رابطه برقرار شود. در واقع سازمان دهی فرآیند تقسیم و تلفیق فعالیت ها و رسیدن انسان و مواد به شرایط پیش بینی شده است. مبانی به ترتیب شامل موارد زیر است:

- (۱) مشخص کردن فعالیت ها
- (۲) گروه بندی فعالیت های مشابه
- (۳) تعیین اختیارات لازم برای انجام هر فعالیت
- (۴) مشخص نمودن مسئولیت ها و پاسخ گویی افراد
- (۵) تعیین سیستم نظارت بر سازماندهی

مفاهیم و اصطلاحات سازمان دهی

در این بخش به مفاهیم کاربردی در سازمان دهی شامل ساختار سازمانی، روابط سازمانی، نمودار سازمانی، واحدهای صف و ستاد، تقسیم کار می پردازیم.

ساختار سازمانی

ساختار سازمانی به خطوط قدرت و مرجعیت قدرت، اختیار، برقراری ارتباط و تفویض اختیار گفته می شود که می تواند رسمی و یا غیر رسمی باشد. ساختار مشخص می کند، وظایف چگونه تخصیص داده می شود، چه کسی به چه کسی گزارش دهد و ساز و کارهای هماهنگی رسمی و همچنین الگوهای تعاملی که باید رعایت شوند کدامند.

سازمان رسمی: سازمان رسمی ساختاری است که روی نمودار یا چارت سازمانی دیده می شود. این سازمان ها برنامه ریزی شده اند، اختیارات افراد و روابط بین آنها بر حسب مقررات و قواعد وضع شده است و برای دستیابی به هدف مشخصی است که بر اساس طرح و نقشه قبلی برقرار می شود و حدود آن نیز به وسیله مقررات یا مدیران مشخص می گردد. همچنین در سازمان رسمی سلسله روابط بین مشاغل و مقامات سازمان ها مشخص است.

به طور خلاصه می توان گفت در سازمان رسمی نوع مشاغل کارکنان سازمان و محل سازمانی آنها مشخص است، کیفیت سلسله ارتباطات رسمی بین افراد آشکار است و حدود قلمرو وظایف هریک از مشاغل و صاحبان مشاغل مشخص است.

سازمان غیر رسمی: در این سازمان ها، ارتباطات بدون شکل و نمودار سازمانی ایجاد می شود و افراد بر اساس علایق مشترک بدون در نظر گرفتن جایگاه رسمی در سازمان در کنار یکدیگر قرار می گیرند. سازمان غیر رسمی به علت تکرار و به دلیل انگیزه های درونی، تدریجا شکل خاصی به خود می گیرد، طوری که سازمان رسمی را تحت تاثیر قرار می دهد. به طور مثال، تشکیل یک تیم ورزشی و یا کمیته علمی در یک بیمارستان نمونه ای از سازمان غیر رسمی است.

روابط سازمانی

سازمان ها شبکه پیچیده ای از روابط هستند. هر گروه یا واحد سازمانی دارای ارتباطات داخلی فراوان و ارتباط با سایر واحدها می باشند. شبکه ارتباطی را می توان از طریق الگوهای روابط رسمی و غیر رسمی اعضا و گروه ها تشخیص داد.

نمودار سازمانی

نمودار سازمانی ترسیمی است که چگونگی ارتباط قسمت های مختلف سازمان را با هم نشان می دهد. این نمودار به پرسنل ایده می دهد تا سلسله مراتب و کانون های تصمیم گیری، مافوق و مرئوس خود را بشناسند. این نمودارها با تغییرات سازمان از رده خارج می شوند. در این نمودارها هیچ گاه ساختارهای غیر رسمی ترسیم نمی شوند.

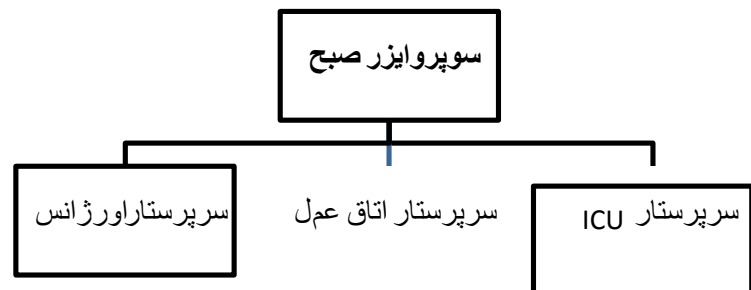
انواع نمودار سازمانی:

صاحب نظران ترسیم نمودار سازمانی را براساس هفت روش عمده دسته بندی نموده اند:

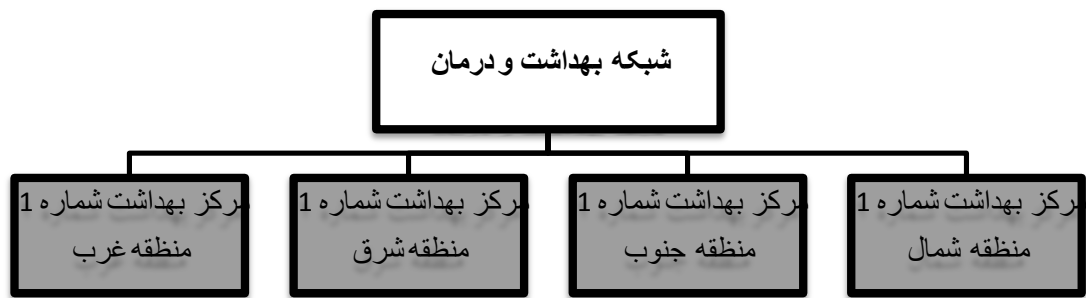
- (۱) سازماندهی بر مبنای تعداد
- (۲) سازماندهی بر مبنای زمان
- (۳) سازماندهی بر مبنای وظیفه یا تخصص
- (۴) سازماندهی بر مبنای منطقه جغرافیایی
- (۵) سازماندهی بر مبنای مشتری
- (۶) سازماندهی بر مبنای نوع محصول سازماندهی بر مبنای پروژه

در این جا به معرفی چند نمونه از نمودارهای سازمان دهی می پردازیم:

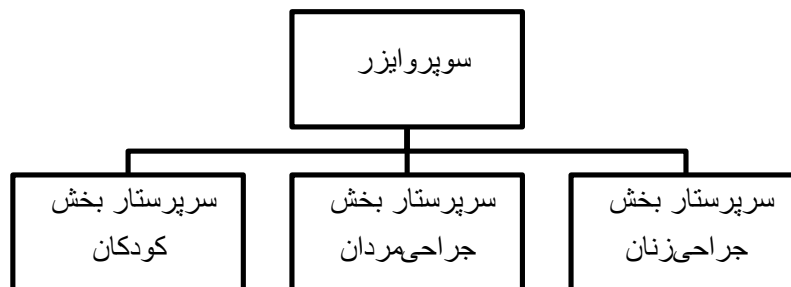
سازماندهی بر حسب زمان



سازماندهی برحسب مناطق جغرافیایی



سازماندهی برحسب وظیفه یا تخصص



جدول ۵-۱: مزایا و محدودیت های نمودار سازمانی

مزایا	محدودیت
شناساندن ساختار سازمان	سریعا از رده خارج می شوند.
رسم خطوط اختیار و تصمیم گیری	صرفا ارتباط رسمی را نشان می دهند
نشان دادن خطوط رسمی ارتباط	ارتباطات غیر رسمی را نشان نمی دهند.
کمک به کارکنان جهت شناختن مافوق و زیردست	احتمال دارد موجب سردرگمی در اختیار و وضعیت موجود شوند
	وظایف، مسئولیت ها و فعالیت های هر پست سازمانی را به طور دقیق نشان نمی دهد.

واحدهای صف و ستاد

واحدهای هر سازمان به دو دسته صف و ستاد تقسیم بندی می شوند.

واحدهای صف: واحدهای صف واحدهایی هستند که فعالیتشان مستقیماً در تأمین اهداف یک سازمان

نقش تعیین کننده دارد. مانند نقش پزشکان، ماماها و پرستاران در بیمارستان که هدفشان درمان بیماران و مراقبت از مددجویان است و یا معاونت آموزشی و گروه های آموزشی دانشگاه.

واحدهای ستاد: واحدهای ستاد، فعالیتهايشان به طور غير مستقيم در تأمین اهداف آن سازمان نقش دارد،

مانند: امور اداری، آشپزخانه، نقلیه، داروخانه، آزمایشگاه، فضای سبز، حراست در بیمارستان و یا معاونت پشتیبانی در دانشگاه.

تقسیم کار

تقسیم کار ابتدا توسط آدام اسمیت مطرح شد و مورد استفاده قرار گرفت. آدام اسمیت در کتاب معروف خود به نام «ثروت ملل» به اهمیت تقسیم کار اشاره نموده است. او در بررسی های خود در یک کارخانه سوزن دوزی ملاحظه کرد که هر کارگر به تنهایی قادر نیست روزانه بیشتر از بیست سوزن تولید کند، بدین جهت او با تقسیم کار به وظایف ساده محصول کار روزانه ده نفر کارگر را به ۴۵۴۴ سوزن در روز افزایش داد یعنی در حقیقت بازده کار کارگران، ۲۴۴ برابر گردید.

تقسیم کار در واقع تخصصی شدن مشاغل است به گونه ای که هر فرد در فعالیت خاص، تخصص پیدا کند و در اثر تمرین زیاد، مهارت افراد به طور قابل توجهی افزایش می یابد که خود سبب افزایش بازدهی و بهره وری می گردد. اصولاً تشکیل سازمان بدون تقسیم کار یا طبقه بندی وظایف امکان پذیر نیست و نمودار سازمانی که مبین سازماندهی می باشد خود نشان دهنده نوع تقسیم کار و وظایف است. در جدول زیر مزایا و معایب تقسیم کار ذکر شده است.

مزایا و معایب تقسیم کار

مزایا	معایب
آسان شدن کارها	تکراری شدن کارو بر آورده نشدن نیازهای روانی افراد
افزایش سرعت در انجام امور	افزایش احتمال اخراج افراد به دلیل کاهش درجه ی اتکای سازمان
افزایش تنوع مشاغل	
کاهش هزینه آموزش به افراد	
کاهش درجه ی اتکای سازمان به افراد	
تولید محصول بیشتر	

تقسیم کار در پرستاری و مامایی

بیماران و مددجویان نیازمند دریافت مراقبت ها و خدمات پرستاری متنوعی هستند. برای اینکه کلیه خدمات مورد نیاز بیماران به طور کامل و با کیفیت خوب ارائه گردد، تقسیم فعالیت های پرستاری اهمیت ویژه ای دارد. در تقسیم کار، فعالیت به اجزای کوچک تقسیم می شود. هرچه تقسیم کار بیشتر باشد کارها آسان تر، یکنواخت تر و تکراری تر می شوند. معمولی ترین روش تقسیم کار، چرخش افراد در انجام کار می باشد.

روش های تقسیم وظایف بین پرسنل پرستاری

تقسیم وظایف پرستاری به شیوه های مختلفی بین پرستاران شاغل در یک بخش انجام می شود.

- (۱) روش فعالیتی (Functional method)
- (۲) روش موردی (Case method)
- (۳) روش تیمی (Team method)
- (۴) روش اساسی یا اولیه (Primary method)
- (۵) روش مدولار (modular)
- (۶) روش مکمل (Complemental method)

- ۷) پرستاران رابط (Liason nurse)
- ۸) پرستار درمانگر (Therapi st nurse)
- ۹) پرستار یک به یک (One to one nurse)
- ۱۰) پرستار خصوصی (Private duty Nurse)

روش فعالیتی (Functional method):

در حال حاضر روش فعالیتی روشی است که در اکثر بیمارستانهای ایران تا سال ها قبل بود و از روش های دیگر به ندرت استفاده می شد. علت انتخاب این روش توسط مدیران پرستاری در کشور ما بیشتر به دلیل کمبود پرسنل بوده است. این روش، کار محور بوده و وظایف و فعالیتهای انجام شده مورد توجه است. روش کار به این ترتیب است که کارهای بخش را جدا کرده و هر یک را به پرستاری واگذار می کنند. به طور مثال دادن دارو، تزریقات، نظارت بیمار. وظیفه هر کدام از پرسنل توسط سرپرستار تعیین و توسط او نظارت و کنترل به عمل می آید.

مزایا و معایب روش فعالیتی:

مزایا	معایب
کارها سریع انجام می شوند.	استمرار مراقبت ممکن نیست.
دستور دهنده یک نفر است.	بیمار احساس سرگردانی دارد.
مهارت بیشتر به علت تکرار یک نوع کار کسب می شود	بیمار با پرستاران ارتباط زیادی ندارد.
کارکنان کمتری نیاز است و مقرون به صرفه است.	به دلیل یک کاره شدن کارکنان، در هنگام غیبت هر یک از آن ها سایر کارکنان از انجام کار او عاجز هستند.
تولیدگرا و کار مدار است.	
مسئول هر کاری مشخص است.	
مسئولیت بیماران با سرپرستار است.	

روش موردی (Case method)

روش موردی روشی است که امروزه در اغلب بیمارستان های کشور مورد استفاده قرار می گیرد و بیماران را بین کارکنان پرستاری به تناسب نیاز بیمار و میزان مهارت و دانش پرستار تقسیم و به هر یک از پرستاران به نسبت سادگی و پیچیدگی و میزان مراقبت و مهارت شخصی، تعدادی بیمار واگذار می نمایند به گونه ای که کلیه مراقبت های این بیماران به عهده ی پرستار مسئول خواهد بود. از روش موردی همچنین در بیمارستان های آموزشی جهت یادگیری دانشجویان پرستاری و مامایی استفاده می نمایند. گاهی مربیان، بیماران بخش را جهت مراقبت بین دانشجویان تقسیم می کند. سرپرستار دخالتی در این تقسیم کار ندارد و فقط فهرست بیماران انتخاب شده توسط مربی به وی گزارش می شود. باید توجه داشت که مسئول اصلی بخش همواره سرپرستار است.

مزایا	معایب
امکان یادگیری برای دانشجویان میسر است.	نیاز به کارکنان زیادی دارد.
استمرار در مراقبت، مشروط بر اینکه بیمار تحت مراقبت یک پرستار یا دانشجو قرار بگیرد.	برای رفع نیازهای مراقبتی بیمار به کارکنان ماهر و تحصیل کرده نیاز دارد.
امکان مشاهدات عینی و ذهنی توسط پرستار به علت استمرار در مراقبت وجود دارد.	به علت نیاز به کارکنان سطوح بالا هزینه زیادی دارد.
روشی بیمار محور است.	
مسئول و پاسخ گوی مراقبت از بیمار مشخص است.	

☞ مزایا و معایب روش موردی :

روش تیمی (Team method)

روش تیمی روشی است که در آن یک پرستار حرفه ای و تحصیل کرده مسئولیت و رهبری و هدایت یک تیم مراقبتی مرکب از پرستاران حرفه ای و غیر حرفه ای را به عهده می گیرد تا با تشریک مساعی بتوانند مراقبت های مورد نیاز بیماران را انجام دهند.

هدف این روش عرضه مراقبت های بیمار محور با کیفیت عالی می باشد سرپرستار یا مسئول بخش با در نظر گرفتن تعداد پرسنل و بیماران، پرسنل را به گروه های ۳-۵ نفری مختلط که متشکل از پرستار کارشناس یا بالاتر، بهیار، کمک بهیار است، تقسیم می کند و برای هر گروه یک رهبر یا سرپرست انتخاب می کند و بر نحوه ی انجام وظایف رهبران گروه ها نظارت دارد. به این ترتیب که حیطه نظارت و مدیریت سرپرستار کاهش یافته، می تواند نظارت بیشتری را اعمال نماید.

مزایا و معایب روش تیمی

مزایا	معایب
تقویت حس همکاری	محدودیت تعداد کافی کارکنان
استفاده از کلیه کارکنان اعم از پرستار حرفه ای و غیر حرفه ای	نیاز به مهارت در رهبری جهت هدایت و تقسیم کار و نظارت
مشارکت در تصمیم گیری و کار گروهی	
تقویت حس مسئولیت و خود مسئولی در کارکنان	
مقرون به صرفه بودن به دلیل استفاده از کلیه رده ها	
ایجاد حس رقابت در گروه ها و افزایش کیفیت مراقبت ها	

روش اساسی یا اولیه (Primary method)

در این شیوه تقسیم کار از طریق واگذاری ۲ تا ۴ بیمار به یک پرستار انجام می شود. باید توجه داشت که برای کار برد این روش فقط از پرستارانی که حداقل دارای درجه تحصیلی کارشناسی باشند، استفاده می شود. در بسیاری از بیمارستانها که به تعداد کافی پرستار فارغ التحصیل دارند امکان استفاده از آن به راحتی میسر است. در این روش شیفت پرستار ثابت می باشد و به پرستار صبح که به عنوان پرستار اولیه شناخته می شود تعدادی تخت واگذار می گردد که ثابت است. بیماران از لحظه پذیرش تا ترخیص تحت نظر پرستار اولیه قرار دارند و پرستاران عصر و شب نیز به عنوان پرستار دستیار در اجرای برنامه های مراقبتی کمک می کنند.

مزایا	معایب
بیمار محور است.	هزینه زیاد
تقویت حس مسولیت و استقلال و اعتماد به نفس در کارکنان پرستاری	ثابت بودن شیفت ها و عدم امکان تغییر آن
برقراری ارتباط نزدیک بین پرستار، بیمار و پزشک	اشکال در ارتباطات
درک نیاز های بیمار به علت تداوم تماس و مراقبت	
یادگیری و افزایش قدرت تصمیم گیری پرستار	
مشخص بودن مسئولیت مراقبت از بیمار	

روش مدولار

این نوعی روش اولیه و اساسی است که با روش تیمی ادغام می گردد به نحوی که در آن علاوه بر پرستاران، از بهیاران و کمک بهیاران نیز می توان استفاده نمود. در این روش گروه های ۲ تا ۳ نفری مسئولیت مراقبت از بیمار را از بدو پذیرش تا ترخیص به عهده می گیرند. گروه ها ثابت بوده و امکان تغییر شیفت وجود ندارد. هرگروه به طور ثابت مسئولیت مراقبت از تعدادی بیمار را از زمان پذیرش تا ترخیص بر عهده دارد. تیم های صبح به عنوان تیم اصلی و تیم های عصر و شب به عنوان دستیار همکاری می کنند.

روش مکمل

در روش مکمل کار بیمار با پرستار در مطب پزشک شروع می شود و سپس ادامه مراقبت ها در بیمارستان انجام می شود. موقع ترخیص، پس از ترخیص و مراقبت در منزل نیز به عهده پرستار خواهد بود. در این روش در کلیه مراحل بیماری و هر زمانی که بیمار یا مددجو مجدداً به مراقبت نیاز داشته باشد، کار پرستار تکرار خواهد شد. در روش مکمل مراقبت از بیمار برحسب نیازهای اوست نه ساعات کار پرستار.

پرستاران رابط

مراقبت از بیمار در بیمارستان و منزل به عهده پرستار است. در این روش ترکیبی از پرستار متخصص و پرستار بهداشت جامعه مسئولیت مراقبت را به عهده دارند. پرستاران مسئولند که مراقبت بدون وقفه را در هر زمانی که بیمار نیاز داشته باشد به طور مداوم ارائه دهند. مراقبت باید جامع و کامل باشد و در محلی انجام شود که بیمار یا مددجو اقامت دارد.

پرستار درمانگر

پرستار مسئول طرح مراقبت های پرستاری و همچنین هماهنگ کردن نیازهای مراقبتی مدجو برای بیماران است. در مرکز توانبخشی این پرستاران مسئولیت اصلی مراقبت از بیمار را به عهده داشته و پرستاران دیگر نیز با روش تیمی به آنان کمک می کنند.

پرستار یک به یک

در این روش پرستار به نام "پرستار مخصوص بیمار" نامیده می شود. همانطوری که نام پزشک برای بیماران نوشته می شود، نام پرستار هم برای بیمار مشخص می گردد. این پرستاران مسئول تنظیم طرح مراقبت های پرستاری و ترخیص بیمار نیز می باشند. از این روش به خصوص می توان برای بیمارانی که اداره آنان دشوار است، استفاده نمود. در روش پرستار یک به یک، برای هر بیمار یک پرستار وجود دارد که حقوق خود را از بیمارستان دریافت می کند.

پرستار خصوصی

در مواردی که پرسنل پرستاری کافی نباشد و یا بیمار همراه نداشته باشد و نا آرام باشد، یا حال بیمار وخیم بوده ولی در بخش ویژه بستری نشود، به پرستار خصوصی نیاز پیدا می شود. دستمزد این قبیل پرستاران برابر قرار داد قبلی توسط بستگان بیمار پرداخت می شود. نکته مهمی که رعایت آن بسیار مهم است این است که پرستاران خصوصی باید از هر لحاظ تابع مقررات، خط مشی ها و دستورهای سرپرستار بخش باشند و به هیچ عنوان اجازه ندارند دارو یا غذا یا درمانی بدون اجازه سرپرستار برای بیمار تجویز کنند.

تفویض اختیار

اختیار عبارت است از اجازه تصمیم گیری و انتخاب برای انجام یا عدم انجام کاری و به مفهوم توانایی تاثیرگذاری بر دیگران و میزان تبعیت آنان از یک فرد می باشد. به عبارت دیگر اختیار، حق تصمیم گیری، حق هدایت کار دیگران و صدور دستور است. تفویض اختیار به مفهوم واگذاری درجه و میزانی از اختیارات به دیگران است به نحوی که آنان بتوانند از این اختیار در تصمیم گیری و انجام کار استفاده نمایند. در موضوع تفویض اختیار، مدیر قسمتی از اختیارات خود را به فرد دیگری می دهد. به عنوان مثال، مدیر پرستاری قسمتی از اختیارات خود را به سوپروایزرها انتقال می دهد. به همین ترتیب سوپروایزرها قسمتی از اختیارات خویش را به سرپرستاران تفویض می کنند.

ضرورت تفویض اختیار

میزان کاری که افراد می توانند به طور موثر انجام دهند محدود است، بنابراین زمانی که حجم وظایف و گستردگی کارهای یک مدیر افزایش یابد فرد فرصت کافی برای انجام آن ها نخواهد داشت و به ناچار باید تفویض اختیار کند. اجرای تفویض اختیار باعث تقویت روحیه کارکنان و عدم اجرای آن سبب بی تفاوتی آنها نسبت به امور سازمان می گردد. همچنین تفویض اختیار به رشد شخصیت کارکنان سازمان کمک می کند. شخصیت افراد در طول مدت فعالیت در سازمان متحول و به سوی تکامل پیش می رود.

مدیر با شناخت از کارمند و تفویض اختیار ایجاد تحول درونی و شخصیتی را در کارمند باعث شده و او را به تدریج به سوی رشد و کمال هدایت می کند تا در مدت کوتاهی وی به مدیری کار آزموده تبدیل شده و مسئولیت های مهمی را تقبل نماید.

اصول تفویض اختیار

در اجرای فرآیند تفویض اختیار به اصول زیر باید توجه داشت:

۱) **اصل تفویض اختیار طبق نتایج مورد انتظار:** از آنجایی که تفویض اختیار در جهت تحقق اهداف سازمان انجام می شود، بنابراین تفویض اختیار باید دستیابی به نتایج را تضمین نماید.

۲) **اصل تعریف وظیفه:** برای تقسیم کار بین واحدها، باید هر فرد تعریف دقیقی از وظایف مورد انتظار سازمان داشته باشد تا تحقق هدف های سازمان تسهیل گردد.

۳) **اصل نردبان:** این اصل به معنای وجود سلسله مراتب یا خط اختیار مافوق است. اختیارات از سطوح بالای سازمان به سطوح پایین تر واگذار می گردد. در این صورت است که تصمیم گیری ها بهتر و ارتباطات سازمانی موثرتر خواهد بود.

۴) **اصل سطح اختیار:** افراد صلاحیت دار که اختیاری به آنها تفویض شده است، لازم است در پرتو اختیارات تفویض شده به آنها، تصمیم های لازم را اتخاذ نمایند و جهت اخذ تصمیم در موضوعاتی که در حیطه ی اختیارات آنها نیست به رده های بالاتر ارجاع نمایند.

۵) **اصل وحدت فرماندهی:** هر فردی باید در یک موقعیت کاری تنها یک مافوق داشته باشد و گزارش کار خود را به رئیس سیستم خود ارائه دهد. در این صورت تضاد در دستورالعمل ها کمتر شده و احساس مسئولیت در شخص بیشتر خواهد بود. در واقع تفویض اختیار از چند نفر به یک نفر موجب ایجاد تضاد در اختیار و مسئولیت می شود.

۶) **اصل مطلق بودن مسئولیت:** هیچ مافوقی نمی تواند از طریق تفویض اختیار از زیر بار مسئولیت شانه خالی کند. اختیار حقی برای انجام وظیفه است و مسئولیت تعهدی برای تحقق آنها می باشد. لذا همه ی افراد در قبال اختیارات واگذار شده، همچنان مسئول می باشند.

۷) **اصل تفویض اختیار توام با تمرکز نظارت مرکزی:** مسئولیت مدیر یک سازمان در قبال تحقق هدف های عالی سازمان وی را ملزم می کند که نظارت مرکزی بر وظایف تفویض شده داشته باشد. اگر مدیر یک سازمان از نتایج حاصل از فعالیت های زیردستان مطلع نباشد، از زیردستان نیز نمی توان انتظار داشت که از نتایج حاصل از عملیات مطلع باشند. از طرف دیگر نیز کنترل مدیر نباید به گونه ای باشد که باعث محدودیت در پیشرفت و رشد زیردست ها شود.

۸) **اصل تناسب اختیار و مسئولیت:** براساس این اصل، اختیار باید با مسئولیت تناسب داشته باشد. به عبارتی افراد در برابر همه ی اختیارات خود باید مسئول و پاسخ گو باشند و تنها در قبال اموری پاسخ گو باشند که اختیار آن را دارا هستند.

فرآیند تفویض اختیار

فرآیند تفویض اختیار شامل موارد زیر است:

۱) تعیین نتایج مورد انتظار از تفویض اختیار (در جهت اهداف سازمان)

۲) تعیین وظایف زیردست ها

۳) تفویض اختیار به زیردست ها برای انجام وظایف

۴) درخواست پاسخ گویی در تحقق کارها

موانع تفویض اختیار

مدیران ممکن است به دلیل عدم اعتماد به زیردستان و نگرانی از پاسخ گویی، عدم ثبات عاطفی و روانی، خودخواهی، احساس تزلزل مقام و از دست دادن پست سازمانی و یا به دلیل ملاحظات سیاسی مانند محرمانه نگه داشتن برخی اطلاعات، از تفویض اختیارات اجتناب کنند.

مدیر ممکن است به دلیل این که توضیح وظایف به فردی که اختیار به او داده شده وقت زیادی لازم دارد، و مجبور است دائما به سوال های زیردستان پاسخ دهد و آنها را در انجام کار راهنمایی کند، از تفویض اختیار خودداری کند. از طرف دیگر مدیر ممکن است احساس کند خودش بهتر و سریع تر از زیردست ها می تواند تصمیم گیری کند. زیردست ممکن است مشغله کاری زیادی داشته باشد و یا دانش کمتری نسبت به مدیر داشته باشد. از سوی دیگر مرئوسان نیز ممکن است برای فرار از مسئولیت خود در هر موردی از مافوق خود کسب تکلیف نمایند تا از نتایج نامطلوب بر حذر باشند. همچنین مرئوس ممکن است به دلیل کمبود امکانات و نبود اطلاعات و منابع مالی و انسانی از پذیرش مسئولیت و اختیار خودداری کند.

تفویض اختیار موفق :

تفویض اختیار در صورتی موفق است که مدیر به ۵ مورد «درست» توجه نماید:

(۱) انتخاب وظیفه درست

(۲) شرایط درست

(۳) فرد درست

(۴) هدایت و ارتباط درست

(۵) نظارت و ارزشیابی درست تفویض اختیار در پرستاری

مدیران پرستاری و مامایی برای مراقبت از بیماران و یا اداره بیمارستان لازم است تفویض اختیار کنند. باید جزئیات هر کاری که توسط مدیر پرستاری واگذار می شود دقیقا برای زیردست شرح داده شود، باید هدف ها و نتایج کار مشخص شود، بعد از تعیین کار و مشکلات بالقوه، به فرد اجازه داده می شود که کار را به کارهای مقطعی و جزئی تری تقسیم کند تا بتواند جزئی ترین برنامه ریزی را انجام دهد و کار را به پایان برساند. بعد از تفویض اختیار باید مدیر پرستاری مطمئن گردد که زیردست ها وظایف واگذار شده را انجام می دهند، با توجه به زیردست ها و تردید در انجام کار توسط آنها، این تفکر را در آنها بوجود می آورد که نمی توانند کارها را انجام دهند و اغلب باعث عدم اعتماد نسبت به مدیر و رکورد در انجام کارها می گردد.

فصل ششم:

اهمیت تامین نیروی انسانی در خدمات پرستاری

اهمیت منابع انسانی

نیروی انسانی مهم ترین و حیاتی ترین منبع از منابع سه گانه انسانی، فیزیکی و مالی هر سازمان می باشد. در نظام سلامت نیز اهمیت نیروی انسانی بعنوان ارایه کننده خدمات بهداشتی درمانی بر کسی پوشیده نیست. نیروی انسانی مولفه اصلی در میزان کمیت و کیفیت خدمات سلامت در نظام سلامت است. به جرات می توان گفت که بزرگترین قلم هزینه ای در بودجه جاری بخش سلامت در تمامی کشور ها و از جمله کشور ما می باشد. این بخش در برخی مراکز درمانی کشور تا ۸۰ درصد از کل بودجه جاری را شامل می شود. در رویکرد نوین مدیریت منابع انسانی، از نیروی انسانی به عنوان سرمایه انسانی یاد می شود.

در این رویکرد هشت واقعیت را درباره نیروی انسانی بایستی پذیرفت:

- ۱) یک سازمان باید از تعداد کافی نیروی انسانی برخوردار باشد.
- ۲) نیروها باید از مهارت های مناسب برخوردار باشند.
- ۳) در جای مناسب بکارگیری شوند.
- ۴) زمان مناسب بکارگیری شوند.
- ۵) آموزش کافی برای ایجاد نگرش و تعهد مناسب دیده باشند.
- ۶) بدرستی برای انجام وظایف درست انتخاب شده.
- ۷) با هزینه ای مناسب مشغول بکار شوند.
- ۸) اصول بهره وری درمورد تامین، توزیع و نگهداشت آنها به جد به اجرا درآید.

چالشهای منابع انسانی در بخش سلامت

عدم تناسب کمی و کیفی نیروی انسانی موجود با خدمات بهداشتی و درمانی و اهداف و سیاستهای نظام سلامت مهم ترین چالش نیروی انسانی در بخش سلامت به شمار می آید. توزیع نامتعادل نیروی انسانی تخصصی (بصورت کمبود و مازاد) دربین رشته های مختلف شغلی مربوط به نظام سلامت و بین مناطق

جغرافیائی کشور از دیگر چالشهاست . هرچند نظام سلامت تلاش کرده تا با ایجاد انگیزه های مالی و غیر مالی بتواند در رفع این چالش بکوشد ولی تا کنون موفقیت چندانی نداشته است . همچنین عدم تناسب کمی و کیفی نیروی انسانی بین مراقبتها در سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی نیز از دیگر چالشهاست.

روش های مختلفی برای برآورد نیروی انسانی مورد نیاز بخش های مختلف نظام سلامت بکار گرفته شده است که به سه روش اشاره و به طور مختصر توضیح داده می شود.

(۱) محاسبه نیروی انسانی با نگرش نظام گرا

(۲) محاسبه نیروی انسانی به روش FTE

(۳) روش پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت با عنوان شاخص بار کاری در برآورد نیروی انسانی (Workload indicator of staffing need, WISN WISN)

محاسبه نیروی انسانی با نگرش نظام گرا:

پرسنل مورد نیاز در هر بخش = ضریب انتخابی * تعداد تخت

ضریب انتخابی = نیروی مورد نیاز به ازاء هر تخت در ۲۴ ساعت

اسامی بخشها	ضریب انتخابی	به ازای تخت
بخشهای داخلی، گوارش، غدد و مشابهن (در حیطة مراقبتی مشابه)	۰/۷۴	به ازای هر تخت در ۲۴ ساعت
بخشهای جراحی، ارتوپدی، جراحی عمومی، گوش و حلق و بینی، زنان، فک و صورت و مشابهن (در حیطة مراقبتی مشابه)	۰/۷۳	به ازای هر تخت در ۲۴ ساعت

بخشهای کودکان (جراحی، داخلی و)	۰/۹	به ازای هر تخت در ۲۴ ساعت
بخش روان	۰/۹	به ازای هر تخت در ۲۴ ساعت
بخشهای تخصصی (چشم پزشکی، پوست، عفونی، داخلی مغز و اعصاب، قلب، هماتولوژی، انکولوژی (جذام و مشابهین در (حیطة مراقبتي مشابه)	۱/۴	به ازای هر تخت در ۲۴ ساعت
بخشهای اورژانس، بلوک زایمان، سوختگی حاد، نوزادان	۳/۰۷	به ازای هر تخت در ۲۴ ساعت
ICU بخش	۴/۰۴	به ازای هر تخت در ۲۴ ساعت
بخشهای CCU، دیالیز، سوختگی حاد، جراحی مغز و اعصاب، پیوند و NICU	۲/۹	به ازای هر تخت در ۲۴ ساعت
بخش زایمان با طرح مادر و نوزاد	۱/۶۳	به ازای هر تخت در ۲۴ ساعت
درمانگاه، اورژانس سرپائی، تحت نظر (درمانگاه به ازای هر واحد * تست های پاراکلینیکی مانند؛ آندوسکوپی، کت لب، کبالت، تست ورزش و . . .) تست های	۱/۲۹	به ازای هر واحد در یک شیفت
اتاق عمل، ریکاوری	۳/۰۷	به ازای هر تخت فعال در هر ساعت
واحد سترون مرکزی	۰/۷۷	به ازای هر تخت اتاق عمل + یک دوم یا در شرایط عدم وجود اتاق عمل به ازای یک دوم تخت مراقبت کامل در بخشهای بیمارستان

محاسبه نیروی انسانی بر اساس حجم کار به روش FTE :

محاسبه حجم کار بر اساس سطح بندی بیماران انجام می گیرد و سطح بندی بیماران بر اساس نیازهای مراقبتي محاسبه می شود. ساعت کار مفید/ حجم کار=تعداد نیروی مورد نیاز

نیازهای مراقبتی بیماران

- ۱) فعالیت روزانه (خوردن ، بهداشت فردی ، وضعیت دفع و پوزیشن)
- ۲) سلامت عمومی
- ۳) آموزش و حمایت عاطفی
- ۴) دارو و درمان

سطح بندی بیماران بر اساس نیازهای مراقبتی

تعیین زمان مورد نیاز جهت مراقبت در هر گروه از بیماران

سطح ۱ = مراقبت حداقل self care : ۳ ساعت

سطح ۲ = مراقبت نسبی Partial care - Minimal care : ۵ ساعت

سطح ۳ = مراقبت کامل Total care- Moderate care : ۹ ساعت

سطح ۴ = مراقبت ویژه تعدیل یافته : Moderate i. c - Extensive care

۱۲ ساعت

سطح ۵ = مراقبت کامل Intensive care : ۱۹ ساعت

سطح ۱ : مراقبت حداقل self care

فعالیت روزانه

خوردن: بیمار غذا می خورد یا به کمک کمی نیاز دارد.

بهداشت فردی: تقریباً جنبه خودکفایی کامل دارد .

وضعیت دفع: بدون کمک یا با کمک مختصر به دستشویی می رود ، بی

اختیاری ندارد .

پوزیشن: راحت ، خودکفا

سلامت عمومی

خوب ، جهت پذیرش اقدامات تشخیصی بستری شده است .
پروسیجرهای ساده یا جراحی ساده یا جزئی

آموزش و حمایت عاطفی

آموزش روتین جهت پروسیجرهای ساده داشته ، آموزش های پیگیری یا ترخیص ، واکنش های غیرعادی یا ناسازگارانه ندارد .

دارو و درمان

بدون درمان و دارو یا درمان مختصر

سطح ۲: مراقبت نسبی Partial care – Minimal care

فعالیت روزانه

خوردن : نیاز مندمک درآماده کردن غذا قرار گرفتن در پوزیشن مناسب یا تشویق به خوردن ، بیما خود میتواند غذا بخورد

بهداشت فردی : میتواند بخش عمده مراقبت را بدون کمک یا با حداقل کمک انجام دهد .

وضعیت دفع : نیازمند کمک جهت رفتن به دستشویی یا استفاده از ظرف ادرار می باشد قادر به کنترل دفع می باشد ویا گاهی دچار بی اختیاری ادرار ناشی از استرس می گردد .

پوزیشن : راحت ، بیمارخود قادر به چرخیدن بوده ویا به حداقل تشویق یا کمک را نیاز دارد .

سلامت عمومی

علائم خفیف شامل بیش از یک بیماری خفیف ، نیاز مند مشاهده دقیق علائم حیاتی ، ادرارو جذب و دفع مایعات می باشد .

آموزش و حمایت عاطفی

در هر شیفت ۵-۱۰ دقیقه آموزش-پرخاشگری یا بیقراری و گنجی خفیف دارد که از طریق تجویز دارو ، آگاهی دادن مکرر ، یا مهار فیزیکی قابل کنترل است.

دارو و درمان

۲۰-۳۰ دقیقه زمان در هر شیفت نیاز است و مکررا نیاز مند ارزشیابی اثربخشی درمان و دارو می باشد . ممکن است هر ۲ ساعت بررسی و مشاهده روانی بیمار ضروری باشد.

سطح ۳ : مراقبت کامل Total care- Moderate care

فعالیت روزانه

خوردن : نیاز به دادن غذا دارد ولی خودش قادر به جویدن و بلع می باشد.

بهداشت فردی : نمی تواند از خود مراقبت کند.

وضعیت دفع : نیازمند بدین وظرف ادرار هست. بی اختیاری در دفع دوبار در هر شیفت وجود دارد.

پوزیشن : وابسته به چرخاندن هست.

سلامت عمومی

علائم حاد ممکنست در حال عود یا بهبود باشد. هر یک ساعت نیازمند به بررسی دقیق نحوه جذب و دفع مایعات است. ضروری است هر ۲-۴ ساعت وضعیت فیزیولوژیکی و عاطفی بیمار مشاهده دقیق و ارزشیابی قرارگیرد.

آموزش و حمایت عاطفی

در هر شیفت ۱۰-۳۰ دقیقه زمان لازم دارد. نگران و مقاوم به آموزش هست. گنج، بیقرار و یا پرخاشگرمی باشد. ولی از طریق

دارو درمانی، دادن آگاهی ویا مهار فیزیکی به طور مناسب کنترل می گردد.

دارو و درمان

نیاز مند ۳۰-۶۰ دقیقه زمان در هر شیفت و مشاهده دقیق از نظر عوارض جانبی یا واکنشهای آلرژیک است . بررسی وضعیت روانی هر یک ساعت ضروری است.

سطح ۴ : مراقبت ویژه تعدیل یافته : Moderate i. c - Extensive care

فعالیت روزانه

خوردن : نمی تواند غذا بخورد . اشکال در بلع وجویدن دارد .
ممکنست نیازمند تغذیه از طریق NGT باشد .
بهداشت فردی : بیمار اصلا قادر به همکاری نیست .
وضعیت دفع : بی اختیاری بیش از دوبرار در شیفت دارد .
پوزیشن : بیمار نمی تواند خود ویا با کمک بچرخد ونیاز به دو نفر برای چرخاندن دارد .

سلامت عمومی

علائم حیاتی نامتعادل ، بحران های حاد تنفسی ویا بحرانهایی که نیازمند مشاهده دقیق وارزشیابی مکرر می باشد .

آموزش وحمایت عاطفی

بیش از ۳۰ دقیقه

دارو ودرمان

بیش از ۶۰ دقیقه زمان در هر شیفت می باشد . درمان های پیچیده بیش از یکبار در شیفت نیاز دارد ویا جهت انجام آن

دونفر مورد نیاز است. مشاهده وضعیت روانی بافاصله زمانی کمتر از یک ساعت ممکن ضروری باشد.

سطح ۵: مراقبت کامل : Intensive care

نیازمند مشاهده یک به یک یا بررسی دقیق و مداوم در هر شیفت می باشد.

جدول تعداد بیمار در هر سطح

تاریخ	سطح ۱				سطح ۲				سطح ۳				سطح ۴				سطح ۵			
	ص	ع	ش	م	ص	ع	ش	م	ص	ع	ش	م	ص	ع	ش	م	ص	ع	ش	م
۹۹/۰۴/۱	۵	۳	۴	۴	۹	۷	۸	۸	۵	۶	۴	۵	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰
۹۹/۰۴/۲	۷	۵	۶	۶	۶	۹	۹	۸	۴	۸	۶	۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۹۹/۰۴/۳	۵	۶	۴	۵	۴	۶	۵	۵	۹	۸	۷	۸	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰
۹۹/۰۴/۴																				
۹۹/۰۴/۵																				
۹۹/۰۴/۶																				
۹۹/۰۴/۷																				
۹۹/۰۴/۸																				
...																				
۹۹/۰۴/۳۱																				
جمع کل																				

محاسبه حجم کار

حجم کار	تعداد بیمار در یک سال	ساعت مراقبت	سطح بیمار
۴۵۰۰	۱۵۰۰	۳	۱
۵۰۰۰	۱۰۰۰	۵	۲
۱۴۴۰۰	۱۶۰۰	۹	۳
۶۵۰۰	۵۰۰	۱۳	۴
۱۲۰۰	۵۰	۲۴	۵
۳۱۶۰۰	۴۶۵۰	۵۴	جمع

(ساعت کار غیر موظف - ساعت کار موظف) = ساعات کار مفید

ساعات موظف: ساعت کار در هفته * تعداد هفته در سال

ساعات غیر موظف: آموزش + مرخصیهای استحقاقی و استعلاجی + تعطیلات

ت غیر جمعه + کاهش ساعت کار در هفته

در سال ۹۹ ، ۵۳ هفته وجود دارد.

ساعت کار در هفته طبق قانون کشوری ۴۴ ساعت می باشد.

ساعت موظف در سال ۹۹ : $۲۳۳۲ = ۵۳ * ۴۴$

تعداد تعطیلات رسمی غیر جمعه در سال ۹۹ : ۲۸ روز = $۷ * ۲۸ =$

۱۹۶ ساعت

مرخصی استحقاقی : متوسط ۱۵ روز در سال = $۷ * ۱۵ =$ ۱۰۵ ساعت

مرخصی استعلاجی : متوسط ۴ روز در سال = $۷ * ۴ =$ ۲۸

آموزش : متوسط ۵۰ ساعت در سال

کاهش ساعات کاری : به طور مثال در سال ۹۹ متوسط کسر کار

ارتقای بهره وری ، ۸ ساعت در هفته که برای ۵۳ هفته ۳۱۸ ساعت

خواهد بود.

مجموع ساعات غیرموظف در سال ۹۹ : ۶۹۷ = $۲۸ + ۵۰ + ۳۱۸$

+ ۱۹۶ + ۱۰۵

ساعت کار مفید = (ساعت کارموظف - ساعت کار غیرموظف)

ساعت کار مفید = ۲۳۳۲ - ۶۹۷ = ۱۶۳۶ ساعت در یک سال
نفر ۱۹/۳۱ = ۳۱۶۰۰/۱۶۳۶ = ساعت کار مفید در یک سال / حجم
کار در یک سال = تعداد نیروی مورد نیاز

روش های کارسنجی و زمان سنجی

یکی از مواردی که در مدیریت مبتنی بر عملکرد مورد تاکید قرار می گیرد، تعیین میزان حجم کار در یک واحد می باشد. برای اندازه گیری حجم کار سه روش وجود دارد: نمونه گیری فعالیت، نمونه گیری کار و مطالعه زمان. با توجه به اینکه اکثر فرایندهای کاری در بیمارستان های کشور ایران به صورت استاندارد و مکتوب نیستند، بهترین روش برای تعیین حجم کار در یک واحد، استفاده از تکنیک های زمان سنجی می باشد. از جمله اهداف زمان سنجی می توان به مواردی همچون تعیین تعداد نیروی انسانی مورد نیاز، تعیین هزینه نیروی انسانی درگیر خدمات، تعیین تعداد تجهیزات مورد نیاز، تعیین حجم کاری وابسته به هر فرد، تعیین برنامه زمانی فعالیت های کاری و ...

روش پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت با عنوان شاخص بار کاری در برآورد نیروی انسانی (Workload indicator of staffing need, WISN)

منابع انسانی بخش سلامت نقش قابل توجهی در ارائه خدمات و مراقبت های بهداشتی، درمانی مطلوب به جمعیت تحت پوشش دارند. لذا برنامه ریزان و سیاستگذاران این حوزه می بایست اطمینان حاصل نمایند که تعداد کافی نیروی متخصص و با صلاحیت در جایگاه های شغلی مناسب در زمان مقتضی حضور دارند در حقیقت تعداد کافی این نیروها سبب تضمین عملکرد مناسب سیستم سلامت به شکلی کارا و اثربخش در ارائه مراقبت های سلامت با کیفیت می شود. از سویی کمبود منابع انسانی شاغل در این بخش مانع اساسی در جهت تحقق و دستیابی

به عالیترین سطح ممکن از ارزیه خدمات سلامت محسوب می شود که متعاقباً فرصت تأمین اهداف سلامت، تأمین و فراهمی خدمات به موقع و با کیفیت مناسب را با مشکل روبرو می سازد. از سویی ازدیاد و عرضه بیش از حد نیاز این منابع نیز مسایل عمده ای بالاخص از حیث هزینه های تحمیل شده به مراکز ارزیه دهنده خدمات سلامت و در نهایت کل سیستم سلامت ایجاد می کند. به منظور جلوگیری از چنین شرایط نامطلوبی، آنچه ضرورت می یابد به کارگیری سیاست های مناسب در برنامه ریزی نیروی انسانی است که مهمترین گام آن تعیین عرضه کنونی نیروها و سپس پیش بینی تعداد موارد مورد نیاز در آینده است تا شکافهای موجود شناسایی شده و متعاقب آن برنامه ریزی های اصلاحی صورت پذیرد. در برآورد تعداد نیروی انسانی مورد نیاز در بخش سلامت مجموعه ای از رویکردها و روشها معرفی شده اند که یکی از ابزارهای علمی، منطقی و در عین حال ساده و کاربردی در این خصوص که نخستین بار سازمان جهانی بهداشت استفاده از آن را در حوزه سلامت معرفی نمود؛ شاخص بار کاری در برآورد نیروی انسانی (Workload indicator of staffing need, WISN) می باشد. از آن زمان تاکنون کشورهای بسیاری از این روش در حل مسایل عمده و اساسی در حوزه استخدام و به کارگیری، توزیع، آموزش و تخصیص نیرو کمک گرفته اند درمقایسه با مدل های گذشته که بیش تر بر عرضه فعلی نیروها متکی بوده و توجهی به نوع خدمات ارزیه شده و زمان لازم برای آن نداشته اند، این روش تخمینهای واقع بینانه تری ارزیه میکند و میتواند راهبردهای مؤثری برای بازبینی فرایندهای کاری، تغییر یا اصلاح فعالیتهای داشته باشد. در بین گروههای مختلف شغلی در بیمارستان، پرستاران به لحاظ بیشترین ارتباطی که با بیماران در ارزیه مراقبتهای مستقیم و مستمر به آن ها دارند به عنوان بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات و مراقبتهای بهداشتی، درمانی شناخته می

شوند. لذا، برنامه ریزی مناسب به منظور تأمین تعداد کافی این نیروها از اهمیت قابل توجهی برخوردار است.

ویژگیهای روش WISN

WISN تعداد پرسنل مورد نیاز هر واحد را با توجه به حجم کار همان واحد برآورد می‌کند. فرایند کاری آن از اجزای ساده ای تشکیل شده و با استفاده از اطلاعات موجود محاسبات را انجام می‌دهد. از نظر فنی مورد قبول مدیران سلامت بوده و برای همه سطوح و واحدهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی حتی بخش های اداری مالی و پرسنل غیر بهداشتی درمانی کاربرد دارد. با توجه به اینکه، آمار و اطلاعات موجود همان واحد مبنای محاسبات می باشد، نتایج آن واقعی بوده و برای تخصیص بودجه، نیروی انسانی و ارزیابی فشار کاری در واحد مورد نظر بسیار کارا عمل می‌کند.

در برآورد نیروی مورد نیاز به روش wisn بر سه شاخص اصلی ذیل تمرکز دارد:

(۱) استاندارد فعالیت

(۲) استاندارد بار کاری

(۳) زمان لازم برای انجام فعالیتها

به منظور جمع آوری اطلاعات مورد نیاز برای محاسبه مدت زمان کاری خالص پرستاران و شناسایی فعالیتهای اصلی، پشتیبان و اضافی و تعریف استانداردهای فعالیت میتوان از روش مشاهده مستقیم، مصاحبه با مدیر خدمات پرستاری سرپرستار یا مسئول بخش، سوپروایزر بالینی و حداقل ۲ نفر پرستار با حداقل ۵ سال سابقه کار در بخش مربوطه استفاده کرد.

گام های اجرایی WISN

(۱) تعیین کادر یا واحد/ بخش اولویت دار برای کارسنجی

(۲) برآورد زمان کار قابل دسترس (Available Working Time)

- ۳) تعیین اجزای کار (Workload components)
- ۴) تعیین استانداردهای فعالیت (Activity Standards)
- ۵) محاسبه حجم کار استاندارد (Standard Workloads)
- ۶) محاسبه فاکتورهای فوق العاده (Allowance factors)
- ۷) تعیین پرسنل مورد نیاز
- ۸) تحلیل و تفسیر نتایج

گام اول (تعیین کادر یا واحد/بخش اولویت دار برای کارسنجی):

در ابتدای اجرای WISN سوالاتی هستند که باید به آنها پاسخ داده شود.

- ✓ کدام گروه پرسنلی بیشترین کمبود را دارند؟
- ✓ در کدام بخش یا واحد بیشترین مشکل کمبود نیرو هست؟
- ✓ توزیع کدام رده پرسنلی بیشتر نا متوازن است؟
- ✓ بیشترین تاثیر بر کمیت و کیفیت خدمات مربوط به کدام رشته شغلی است؟
- ✓ بیشترین تقاضا و درخواست نیرو مربوط به کدام واحد یا رشته شغلی است؟

پاسخ این سوالات را مدیر یا سرپرستان واحد یا بخش های مختلف واحد ارایه کننده خدمت باید بدهند . معمولا مدیران پس زمینه ذهنی از مشکلات پرسنلی واحد یا بخش های مختلف آن در ذهن خود دارند و سوال از آنها ، تداعی کننده پاسخ خواهد بود . هرچند ممکن است نیاز به مشورت با روسای بخش های تابعه داشته باشند . اگر در ابتدای راه هستیم پیشنهاد می شود برای کسب تجربه با واحدهای مراقبتهای بهداشتی درمانی اولیه یا یک بخش کوچک و با فرایندهای کمتر پیچیده آن هم برای یک رشته شغلی شروع کنیم . بطور مثال برآورد تعداد مامای مورد نیاز در یک مرکز بهداشتی درمانی روستای یا برآورد تعداد پرستار مورد نیاز بخش داخلی یک بیمارستان در شیفت صبح .

گام دوم (برآورد زمان کار قابل دسترس (AWT) Available Working Time) :

تمامی کارکنان موظفند برابر با مقررات اداری استخدامی سازمان متبوع خود ، میزان ساعات حضور فیزیکی داشته باشند . ساعات حضور معمولاً به صورت هفته ای تعیین می شود که ۴۴ ساعت در هفته است . (۱۹۰ ساعت در ماه) این عدد برای نیروهایی که بصورت صبح ثابت اشتغال دارند به تعداد روزهای کاری هفته (که در سازمانهای مختلف می تواند ۵ یا ۶ روز در هفته باشد) تقسیم و ساعات حضور روزانه کارکنان تعیین می گردد .

زمان کار قابل دسترس برابر با ساعات حضور فیزیکی کارکنان نمی باشد. برای محاسبه AWT بایستی ساعات مربوط به روزهای تعطیل اعم از جمعه و تعطیلات رسمی (B) (تعداد کل جمعه و تعطیل رسمی در سال ۹۹) (B=53+28) ، مرخصی استحقاقی و استعلاجی (C=15+3) ، روزهای غیبت از کار (D=2) ، شرکت در دوره آموزشی و سمینار (E=۶) و را از کل ساعات حضور فیزیکی کارکنان در یکسال (A) کسر نمود .

ضربدر متوسط ساعت کاری روزانه * (A-W) = AWT

$$AWT = 365 - (53+28+15+3+2+6+.....)*6$$

گام سوم (تعیین اجزای بار کاری (Workload components))

در این مرحله کلیه فعالیت‌های پرسنل واحد/ بخش مورد نظر لیست و بر اساس جنس فعالیتها در یکی از سه دسته زیر قرار می گیرد :

۱- فعالیت های اصلی = فعالیت های الف Health service activity

فعالیت هایی را شامل می شوند که در راستای وظایف اصلی واحد/ بخش ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی است. در واقع فعالیتهایی که مستقیماً در ارتباط با ارائه خدمات و مراقبت های سلامت به بیماران می باشند. این فعالیتهای تمام افراد واحد / بخش انجام میدهند. مانند گرفتن فشارخون، پانسمان، تزریقات، سوند گذاری، داروهای وگرفتن علائم حیاتی بیماران بستری بخش داخلی بیمارستان که تمام پرسنل پرستاری بخش این فعالیت را انجام می دهند.

۲- فعالیت های پشتیبان = فعالیت های ب Support activity

این فعالیتهای نیز توسط تمام پرسنل واحد / بخش انجام میشود ولی جزو فعالیت های اصلی ارائه بهداشتی درمانی نمی باشد. مانند ثبت اقدامات انجام شده برای بیماران بستری در بخش داخلی بیمارستان در پرونده پزشکی بیماران توسط پرستاران بخش.

۳- فعالیت های مضاعف یا اضافی یا انفرادی = فعالیت های ج

Additional activity

فعالیتهای مضاعف یا اضافی نیز از جنس فعالیت های اصلی نیستند و به آن دسته از فعالیتهای اطلاق می شود که مستقیم یا غیر مستقیم در ارتباط با ارائه مراقبت های درمانی به بیماران نبوده اما در شرح وظایف عده ای از نیروهای کاری تعریف شده است و توسط یک یا حداکثر دو نفر از پرسنل واحد/ بخش انجام می گیرد. مانند تنظیم برنامه ماهانه شیفت پرستاران بخش داخلی بیمارستان توسط سرپرستار بخش

گام چهارم (تعیین استانداردهای فعالیتها SETTING ACTIVITY STANDARDS):

استاندارد فعالیت عبارت است از مدت زمان لازم برای انجام درست و مطابق استانداردهای حرفه ای بومی (و در شرایط

محلی) یک فعالیت توسط فرد ماهر و با انگیزه . به عبارت دیگر زمان لازم برای انجام قابل قبول هر کدام از اجزای کار/ فعالیت‌های مهم در برنامه کاری کارکنان چقدر است؟ برای هر کدام از دسته فعالیت های لیست شده با توجه به توضیحات زیر ، استاندارد فعالیت ها را جداگانه محاسبه خواهیم کرد.

دو نوع استاندارد فعالیت :

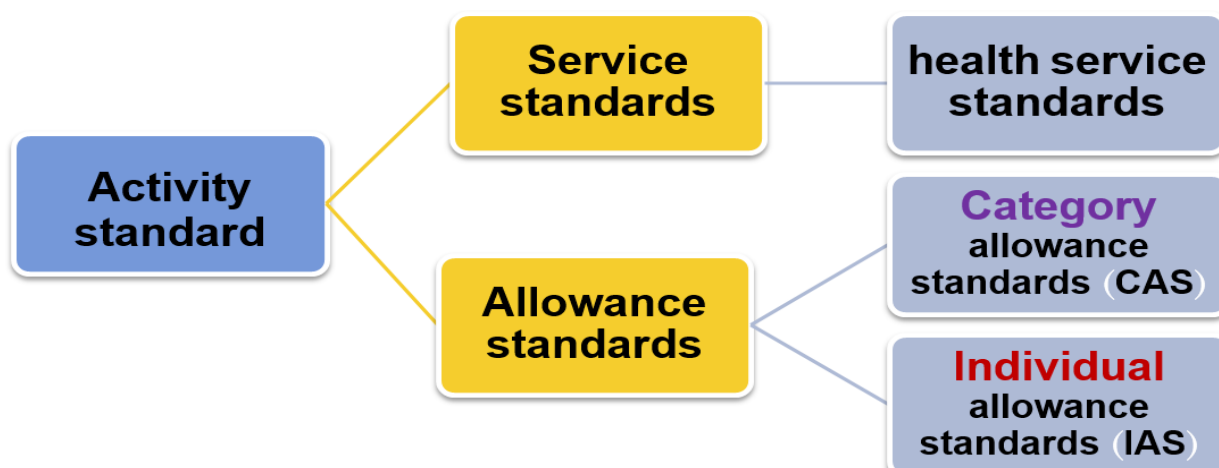
(۱) Service standard مرتبط با ارائه خدمات و مراقبت های سلامت

(۲) standard Allowance مرتبط با فعالیت‌های پشتیبان و اضافی

۲ نوع استاندارد فعالیت از نوع ALLOWANCE داریم :

۱- CAS : استاندارد زمانی مربوط به فعالیت‌های حمایتی که از سوی تمامی کارکنان آن کار انجام می گیرد. مانند : ثبت اطلاعات در پرونده بیمار، شرکت در جلسات آموزشی

۲- IAS : استاندارد زمانی مربوط به فعالیت‌های اضافی که از سوی تنها عده ای از کارکنان آن کار انجام می گیرد. مانند مربی کار آموزی ، ناظر و سرپرست



استاندارد فعالیت های اصلی یا Health Service Standards

این استاندارد مربوط به زمان لازم برای انجام فعالیتهای اصلی و مراقبتی می شود که براساس دو واحد زمان و نسبت گزارش می گردد . فعالیت اصلی را به دو صورت بیان می کنیم :

✓ **Rate of working** : تعداد خدمات قابل ارایه در یک بازه زمانی بیان می گردد. بطور مثال یک ماما اظهار می دارد در طول یک شیفت کاری صبح با فرض ۶ ساعت کار می تواند بطور میانگین ۱۸ مادر باردار را مراقبت کند . یا ماما در عرض یک ساعت ۳ مادر باردار را ویزیت می کند .

✓ **Unit time** : مدت زمان انجام یک خدمت با واحد زمان بیان می شود. برای مثال یک خدمت مراقبت مادر باردار ، ۲۰ دقیقه طول می کشد .

استاندارد فعالیت های پشتیبان یا Category Allowance Standards (CAS)

برای محاسبه ، متوسط زمان واقعی برای هر کدام از فعالیت یا فعالیت های پشتیبانی لیست شده پرسنل واحد / بخش مورد نظر را ثبت می نمایم . تبدیل زمان واقعی انجام فعالیت ها به درصد از زمان کاری قدم بعدی است و در نهایت درصد تک تک فعالیت ها را جمع نموده و به استاندارد فعالیت های پشتیبان کل یا همان **Total CAS** می رسیم .

بطور مثال اگر یک پرستار برای ثبت اقدامات درمانی انجام شده برای بیماران بستری در بخش داخلی در شیفت کاری صبح (با فرض ۷,۲ ساعت) سی دقیقه زمان لازم داشته باشد ، استاندارد فعالیت پشتیبان این فعالیت حدود ۷ درصد خواهد بود .

$$[(30 / 60) / 7.2] \times 100$$

استاندارد فعالیت های مضاعف یا اضافی Individual Allowance Standards (IAS)

فعالیت های مضاعف (اضافی یا انفرادی) را لیست نموده و با ضرب کردن زمان متوسط انجام آنها و تعداد پرسنلی

که این فعالیت ها را انجام میدهند ، IAS بدست می آید. برای مثال اگر فعالیت نظارت بر کار دانشجویان پرستاری در بخش داخلی بیمارستان که توسط سرپرستار بخش انجام می گیرد ، ۲ ساعت در هفته وقت لازم داشته باشد ، استاندارد این فعالیت برابر 53×2 (تعداد هفته در سال ۹۹) = ۱۰۶ ساعت در سال می باشد . این کار را برای سایر فعالیت ها (در صورت وجود) انجام داده و مجموع آنها IAS خواهد بود .

گام پنجم (محاسبه بار کاری استاندارد Standard Workloads)

بارکاری استاندارد برای فعالیت های اصلی بهداشتی درمانی محاسبه می گردد . بار کاری استاندارد عبارت است از مقدار کار مربوط به فعالیتهای اصلی که یک نفر در طول یکسال می تواند انجام دهد با فرض اینکه این فرد تمام وقت کاری اش در سال را صرف انجام یک نوع فعالیت خاص نماید . برای مثال اگر فعالیت " مراقبت دوران بارداری " برای هر مادر باردار ۲۰ دقیقه طول بکشد ، بارکاری استاندارد این فعالیت برای یک مامای مرکز بهداشتی درمانی با فرض AWT سالانه ۱۶۰۰ ساعت ، برابر با ۴۸۰۰ مراقبت خواهد بود .

گام ششم (محاسبه فاکتورهای فوق العاده Allowance factors)

شامل فاکتور فوق العاده گروهی (برای فعالیت های پشتیبان) **Category Allowance Factor(CAF)** و فاکتور فوق العاده اضافی یا انفرادی **Individual Allowance Factor (IAF)** می باشد.

Category Allowance Factor (CAF)

مطابق با فرمول زیر محاسبه می شود و حاصل آن به این معنی است که به ازای هر پرسنل تمام وقت که برای انجام

فعالیت‌های اصلی (ارائه خدمات بهداشتی درمانی به مراجعین) نیاز باشد، چند پرسنل برای پوشش فعالیت های اصلی و پشتیبانی نیاز است.

$$CAF = 1 / [1 - (Total CAS / 100)]$$

برای مثال اگر **Total CAS** را که در گام چهارم محاسبه کردیم ۲۰٪ در نظر بگیریم $CAF = 1.25$ ، مطابق با فرمول فوق به عدد ۱,۲۵ می رسیم و به این معنی است که ۱,۲۵ نفر لازم است تا فعالیت های اصلی و پشتیبان را انجام دهد.

Individual Allowance Factor (IAF)

معمولا در برآورد تعداد کل کارکنان تاثیر قابل توجهی ندارد و نشان دهنده پرسنل مورد نیاز برای پوشش فعالیت‌های اضافی است که توسط تعدادی خاص از کارکنان انجام می شود. این فاکتور با تقسیم **Total IAS / AWT** بدست می آید.

گام هفتم (تعیین پرسنل مورد نیاز):

برای رسیدن به تعداد پرسنل مورد نیاز به سه آیتم محاسباتی نیاز داریم که در زیر توضیح داده می شود.

A: قدم اول محاسبات بوده و عبارت از تعداد پرسنل لازم برای انجام فعالیت های اصلی می

باشد. برای این کار ضروری است تا به آمار عملکرد سال گذشته واحد/ بخش دسترسی داشته باشیم . آمار عملکرد سال گذشته برآوردی واقعی از حجم کاری واحد/ بخش تعیین شده است . بایستی برای هر یک از فعالیت های اصلی لیست شده ، پرسنل مورد نیاز را با تقسیم آمار عملکرد بر بار کاری استاندارد که در گام چهارم محاسبه کردیم ، تعیین کنیم . مجموع اعداد

A: محاسبه نیروی لازم برای فعالیتهای اصلی

فعالیت بهداشتی درمانی	استاندارد فعالیت	بارکاری استاندارد	آمار سال گذشته	تعداد پرسنل برآورد شده
مراقبت دوران بارداری	20 دقیقه به ازای یک مراقبت / یک مادر باردار	4536 مادر باردار (3× 1512)	1124	0.25
مراقبت پس از زایمان	9مورد در طی یک روز کاری کامل 6 ساعته	2268 مورد (1.5× 1512)	812	0.36
انجام زایمان	8 ساعت به ازای زایمان	189 مورد (8 / 1512)	267	1.41
خدمات تنظیم خانواده	30 دقیقه به ازای خانم مراجعه کننده	3024 مورد (2× 1512)	2254	0.75
				2.77

به دست آمده برای هر یک از فعالیت های اصلی ، نشانگر تعداد پرسنل مورد نیاز برای ارایه فعالیت های اصلی خواهد بود. مثال : جدول زیر تمام مراحل اجرا شده برای محاسبه تعداد نیروی انسانی لازم برای فعالیت های اصلی در یک مرکز بهداشتی درمانی با تسهیلات زایمانی در شیفیت کاری صبح که توسط نیروی انسانی ماما انجام می گیرد را بطور خلاصه نشان می دهد. با این توضیح که اعداد بکار رفته برای انجام محاسبات تخمینی بوده و واقعی نمی باشد. (ساعت کاری روزانه ۶ ساعت و زمان کار در دسترس ۱۵۱۲ ساعت در سال در نظر گرفته شده است).

B: در گام ششم این فاکتور محاسبه شده است و برابر با **CAF** می باشد. همانطور که قبلا

توضیح داده شد ، فاکتور فوق العاده گروهی بیانگر تعداد افراد لازم برای انجام فعالیت های اصلی و پشتیبان به ازای هر یک نفر ارایه دهنده فعالیت های اصلی است.

C: این فاکتور با تقسیم **Total IAS / AWT** بدست می آید که در گام ششم نسبت

به محاسبه آن اقدام نموده ایم.

فرمول نهائی برآورد نیروی انسانی در مدل WISN

$$(A \times B) + C$$

گام هشتم (تحلیل و تفسیر نتایج):

مقایسه تعداد پرسنل موجود با تعداد برآورد شده در این مدل می تواند بصورت کسری یا مازاد نیرو باشد . برای ارزیابی از شاخص **WISN ratio** استفاده می کنیم که برابر با نسبت تعداد پرسنل موجود به تعداد برآورد شده است و مقادیر عددی بزرگتر از یک نشانگر مازاد و مقادیر کوچکتر از یک مبین کمبود نیروی انسانی در واحد / بخش مورد نظر می باشد.

محدودیت های WISN

این مدل از برآورد نیروی انسانی همچون دیگر مدل ها می تواند دارای محدودیت هایی نیز در اجرا و محاسبات باشد که در زیر به آنها اشاره می شود . بدیهی است برخی از این محدودیت ها را می توان با اصلاح فرایندها و روش های درست انجام کار به حداقل رساند.

- ✓ استفاده از آمارهای سالانه حجم کاری خدمات
- ✓ محاسبات گذشته نگر (مبتنی بر آمارهای سال گذشته)
- ✓ تحت تاثیر دقت تعریف استانداردهای فعالیت
- ✓ افزایش پیچیدگی مدل در صورت هم پوشانی و تکرار فعالیتها توسط گروههای مختلف کارکنان
- ✓ مشکلات ناشی از عدم وجود شرح شغلها و فعالیتها

در زیر نمونه کار وایزن برای برآورد پرسنل کارشناس هوشبری اتاق های عمل که در یکی از بیمارستان ها انجام شده است ارایه می گردد :

برآورد زمان کار قابل دسترس (AWT) :

$$\text{ساعت در سال} = 1060 = (360 - 260) \times 6 = (360 - 260) \times 6 + 3 + 28 + 6 + 53$$

تعداد*	آمار سال قبل	بارکاری استاندارد	استاندارد فعالیت	فعالیت های اصلی
	۱۵ روز			مرخصی استحقاقی
	۳ روز			مرخصی استعلاجی
	۲۸ روز			تعطیل رسمی
	۶ روز			کنفرانس های درون بخشی
	۵۳ روز			روز های جمعه

$$360 - (10)$$

/۰۴	۲۰۰۴	$\times 1060 = 46800$ ۳۰	۲ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	اطمینان یافتن از سالم بودن و کارایی دستگاه ها و تجهیزات بیهوشی
/۳۲	۲۰۰۴	$4 \times 1060 = 6240$	۱۵ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	آماده سازی داروهای مورد نیاز امکانات بیهوشی موجود نسبت به نوع عمل و سن بیمار
/۲۱	۲۰۰۴	$6 \times 1060 = 9360$	۱۰ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	کنترل نام بیمار با لیست عمل و پرونده و دستبند مشخص
/۰۶	۲۰۰۴	$\times 1060 = 31200$ ۲۰	۳ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	دادن توضیحات در مورد بیهوشی و انجام بعضی از کارهای روتین

		Annual IAS	زمان واقعی کار به ازای فرد IAS	فعالیت های فردی
			بیمار ساعت در	درخواست نواقصات بخش
$72 + 106 = 178$ $\div 1060 = 0/16$		$\times 1060 = 3106$	۳ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	بیهوشی از قبیل دارو، تجهیزات و فلن بیمار به ICU
/۰۸	۲۰۰۴	$\times 1060 = 23400$ ۱۵	۴ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	همکاری در انجام عملیات احیای قلبی تنفسی VF
/۴۳	۲۰۰۴	$3 \times 1060 = 4680$	۲۰ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	همکاری در انجام عملیات احیای قلبی تنفسی BLF
/۹۸	۲۰۰۴	$22 \times 1060 = 34320$ ۰/	۲۷۰ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	اداره بیهوشی در طی عمل جراحی تا اتمام عمل
/۲۲	۷			جمع
A				

* تعداد نیرو = بار کاری استاندارد ÷ آمار سال قبل

Total CAS	درصد زمان کاری CAS %	زمان واقعی کار CAS	فعالیت های پشتیبانی
$(7,67\% = 1 \div (1 - 0,9241) = 1 \div (1 - 0,076) = 1,076)$ B	دقیقه ۲۶۰۰ = 10×260 ساعت ۴۳ = $2600 / 60$ $43 / 1060 \times 100 = \%$	۱۰ دقیقه در روزکاری	گزارش مکتوب و شفاهی آخرین وضعیت بیمار (علائم حیاتی، روش بیهوشی، داروها، سطح هوشیاری، رنگ پوست و...) به پرستار ICU و اتصال بیمار به سیستم مانیتورینگ
	$3/39 = \%$ $1053 / 1060 \times 100$	یکساعت در هفته	شرکت در کنفرانس داخلی
	$1/53$ $(2 \times 12) \div 1060 \times 100 = \%$	دو ساعت در ماه	شرکت در آموزش های ماهانه

$(A \times B) + C =$ نیروی انسانی مورد نیاز نهایی

$$(7/22 \times 1) + 0/11 = 7/33$$

برآورد فشار کاری :

در نهایت جهت برآورد فشارکاری تحمیل شده بر نیروهای فعلی، تعداد نیروهای موجود را بر تعداد نیروهای مورد نیاز تقسیم می کنیم، در صورتیکه حاصل برابر یک باشد حاکی از وجود تعادل و تناسب در نیروها و در صورتیکه این مقدار کمتر از یک باشد نشان از کمبود نیرو دارد.

بخش	تعداد نیروی موجود	تعداد محاسبه شده (با توجه به توجهیه فوق)	تفاوت (کمبود/مازاد)	Wisn ratio	فشار کاری
بیهوشی	۱۲	۷/۳۳	$12 - 7/33 = 4/67$ مازاد نیرو	$7/33 = 1/63$	۱۲

برآورد نیروی انسانی کادر اتاق عمل (سیرکولر و اسکراب) طبق روش وایزن

تعداد نیرو	آمار سال قبل	بار کاری استاندارد	استاندارد فعالیت	فعالیت های اصلی
۰/۱	۲۰۰۴	1060×18720 ۱۲ درسال	۵ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	برقراری ارتباط و ارائه آموزش های لازم به بیمار و آماده کردن به لحاظ روحی و جسمی

/۴۳	۲۰۰۴	$3 \times 1560 = 4680$ درسال	۲۰ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	کنترل نام بیمار با پرونده و دستبند مشخص و قرار گرفتن کلیه دستگاه ها و تجهیزات در اطراف تخت جراحی بر طبق قابلیت دسترسی
/۲۱	۲۰۰۴	$6 \times 1560 = 9360$ درسال	۱۰ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	کمک به جراحان و اسکراب در پوشیدن گان و دستکش
۰/۱	۲۰۰۴	$12 \times 1560 = 18720$ درسال	۵ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	شست دست ها بر طبق دستور العمل
/۲۱	۲۰۰۴	$6 \times 1560 = 9360$ درسال	۱۰ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	پوشاندن بیمار با پوشش های استریل
/۴۳	۲۰۰۴	$3 \times 1560 = 4680$ درسال	۲۰ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	شرکت در انجام عملیات احیای قلبی عروقی در اتاق عمل
/۶۵	۲۰۰۴	$2 \times 1560 = 3120$ درسال	۳۰ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	باز نمودن پوشش های اولیه، بسته های استریل و نخ ها و سایر وسایل و در اختیار گذاردن آن ها و پرر منطقه امن
/۳۲	۲۰۰۴	$4 \times 1560 = 6240$ درسال	۱۵ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	شمارش و ثبت نخ، گاز و... قبل از اتمام به همراه تیم جراحی و جمع آوری آن ها پس از استفاده
۰/۱	۲۰۰۴	$12 \times 1560 = 18720$ درسال	۵ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	کمک در پانسمان عمل جراحی و کنترل رعایت نکات استریل در حین عمل
۰/۶	۲۰۰۴	$2 \times 1560 = 3120$ درسال	۳۰ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	برداشتن پوشش ها و آماده نمودن بیمار جهت انتقال به ICU و خارج نمودن وسایل مربوط به جراحی قبلی و آماده نمودن اتاق جهت عمل بعدی
/۳۲	۲۰۰۴	$4 \times 1560 = 6240$ درسال	۱۵ دقیقه به ازای هر عمل/ بیمار	کمک در جابه جایی بیمار به ICU
۳/۴۴A	جمع			

* تعداد نیرو = بار کاری استاندارد ÷ آمار سال قبل

Total CAS	درصد زمان کاری CAS	زمان واقعی کار CAS	فعالیت های پشتیبانی
-----------	--------------------	-----------------------	---------------------

$-\% \text{ ۵/۶}] = ۱/۰۵$ $[۱/[(۱$ B	دقیقه ۳۹۰۰ = $۱۵ * ۲۶۰$ ساعت ۶۵ = ۶۰ $۳۹۰۰ /$ $۴ / ۲$ $۶۵ / ۱۵۶۰ * ۱۰۰ = \%$	۱۵ دقیقه در روز	تکمیل نمودن و ارائه گزارش شفاهی و کتبی در مورد وضعیت ناحیه جراحی
	دقیقه ۱۳۰۰ = $۵ * ۲۶۰$ ساعت ۲۱/۷ = ۶۰ $۱۳۰۰ /$ $۱ / ۴$ $۲۱ / ۷ / ۱۵۶۰ * ۱۰۰ = \%$	۵ دقیقه در روز	گزارش پرستاری

Annual IAS	زمان واقعی کار به ازای فرد IAS	فعالیت های فردی	Annual IAS
$+۳۹/۷۵ = ۵۷/۷۵$ ۱۸ $/۷۵ / ۱۵۶۰ = ۰/۰۳$	$\times ۵۳ = ۳۹/۷۵$ $(۴۵/۶۰)$ ساعت درسال	۴۵ دقیقه در هفته	شرکت در جلسات، سمینارها، کنفرانس ها
۵۷ C	$\times ۱۲ = ۱۸$ $(۹۰/۶۰)$ ساعت درسال	۹۰ دقیقه در ماه	جلسات درون بخشی

$$= (A \times B) + C$$

$$۳/۴۴۲ = (۳/۴۴ \times ۱/۰۵) + ۰/۰۳$$

بر آورد فشار کاری :

بخش	تعداد نیروی موجود	تعداد محاسبه شده (با توجه به توجیه فوق)	تفاوت (کمبود/مازاد)	Wisn ratio	فشار کاری
اتاق عمل (سیر کولر و اسکراب)	$18 \times 3 = 54$	$3/642 = (0.3/0.05 + 1/0.44) \times 100$	$54 - 18 = 36$ مازاد نیرو	$4/5 = 18 \div 4$	

توضیح: تعداد محاسبه شده (۴) برای کل تعداد اتاق عمل هاست که شامل ۶ اتاق عمل می باشد.

در هر اتاق عمل ۳ کادر سیرکولر و اسکراب وجود دارد و تعداد محاسبه شده ما با توجه به آمار کلی برای کل ۶ اتاق عمل ۴ می باشد، این نشان می دهد، ۴ نفر کادر برای پوشش ۶ اتاق عمل لازم می باشد. لازم به ذکر است معمولاً عمل های انجام گرفته در هر ۶ اتاق عمل به صورت همزمان می باشد. بنابراین در شرایط ایده آل چون این ۴ نفر بین شش اتاق عمل قابل تقسیم کردن نیست برای هر اتاق عمل یک نفر کادر اتاق عمل یعنی در کل ۶ نفر کادر اتاق عمل کافی می باشد.

* نسبت تعداد پرسنل موجود به تعداد برآورد شده بزرگتر از یک می باشد (۴/۵) که این نشاندهنده ی مازاد نیرو است.

نکته قابل توجه :

جواب نهایی ممکن است به صورت اعشاری باشد . چگونه آنرا رند نماییم ؟

۲	۱/۱-۱/۹	۱	۱- ۱/۱
۳	۲/۲- ۲/۹	۲	۲- ۲/۲
۴	۳/۳- ۳/۹	۳	۳- ۳/۳
۵	۴/۴- ۴/۹	۴	۴- ۴/۴
۶	۵/۵- ۵/۹	۵	۵- ۵/۵

جدول محاسبه نیروی انسانی به روش وایزن (wisn)

نیروی انسانی مورد نیاز Required staff	حجم کاری سالانه (تعداد درسال) Annual workload	بارکاری استاندارد Standard workload	استاندارد فعالیت Activity standard	اجزای بار کاری Workload component	گروه بندی فعالیتها Workload groups
بارکاری استاندارد / حجم کار سالانه		AWT/rate(unit time)			
w				-۱	فعالیتها مرتبط با مراقبت سلامت Health service activities
X				-۲	
Y				-۳	
.....				
تعداد کل نیروی انسانی مورد نیاز برای فعالیت مستقیم مرتبط با سلامت = $w+x+y+z+ \dots$					A
درصد زمان انجام فعالیت Percentage working time CAS%		زمان واقعی انجام فعالیتها پشتیبانی (CAS) Category Allowance Standards		اجزای بار کاری Workload component	فعالیتها پشتیبانی Support activities
%				-۱	
%				-۲	
%				-۳	
$\Sigma = \%$ (جمع)					
محاسبه $\text{CAF} = \frac{1}{1 - (\text{total cas}/100)}$					B
ساعت انجام فعالیت فردی Annual IAS	محاسبه زمان واقعی انجام کار به ازای هر فرد (IAS)	تعداد افرادی که کار را انجام می دهند Number of staff members performing the work		اجزای بار کاری Workload component	فعالیتها فردی یا مضاف Additional activities
Total IAS=					
محاسبه $\text{IAF} = \text{Total IAS} / \text{AWT}$					C
کل نیروی مورد نیاز برای انجام فعالیتها (سلامت ، پشتیبانی ، اضافی) = $(A*B)+ C$					

فصل هفتم:

آموزش، توسعه و بهسازی کادر پرستاری

بهبودی نیروی انسانی ضرورت و تعریف

تغییرات و توسعه در حیطه علم، تقاضا برای خدمات پرستاری و مامایی را افزایش داده و توانایی های پاسخگویی را بهبود بخشیده است، به گونه ای که نیاز به یادگیری در طول دوره ی شغلی، برای پاسخگویی به نیازها و امکانات در حال تغییر وجود دارد. بنابراین از اقدامات اساسی مدیران پرستاری و مامایی در جهت ارتقاء کیفیت مراقبت از بیماران، آموزش پرسنل است. پرستاران و ماماها در هر رتبه و مقامی باشند، به آموزش نیاز دارند.

بهبودی نیروی انسانی فرآیند هدایت شده ای در جهت رشد تخصصی و حرفه ای پرستاران و ماماها دیگر کارکنان در مدتی است که آن ها در استخدام موسسه بهداشتی و درمانی هستند.

آموزش کارمند شامل همه فعالیت های آموزشی برنامه ریزی شده ای می باشد که به وسیله یک موسسه بهداشتی و درمانی در جهت دست یابی به نیازهای یادگیری مرتبط با شغل پرستاری و دیگر کارکنان، تایید شده اند.

هدف اصلی فراهم ساختن فعالیت های آموزشی برای همه ی پرستاران استخدام شده در جهت تغییر رفتار مرتبط با انتظارات شغلی است.

انواع بهبودی نیروی انسانی

آموزش آغازین: به محض ورود کارمند به سازمان این آموزش آغاز می گردد و شامل فلسفه وجودی سازمان، اهداف مدیران، برنامه ها و خط مشی های سازمان است که موجب انطباق فرد با هدف ها و ارزش های سازمان می گردد. مدت این آموزش ۲-۳ روز است.

آشناسازی شغلی: یک برنامه آموزش فردی است به منظور آشناسازی کارمند تازه استخدام شده با حیطه وظایف خودش، محل کار، همکاران و مددجویان می باشد. مدت این آموزش ۲۴ ساعت تا ۲ هفته است.

آموزش ضمن خدمت: اشاره به آموزش شغلی جاری دارد که برای بهبود عملکرد کاری کارکنان در شغل کنونی آن ها ارائه شده است.

آموزش مداوم: شامل کلیه یادگیری های برنامه ریزی شده ای است که جهت ارتقاء دانش ، نگرش و مهارت ارائه می شوند. این آموزش ها بعد از تکمیل یا فراغت از دوره های دانشگاهی توسط مدارس ، مراکز ، دانشکده ها یا موسسات خاص ارائه می شوند .

مدت آن ۵-۱ روز است. برکارمند تمرکز دارد و شامل معرفی مفاهیم جدید، روش های جدید انجام کار، نتایج تحقیقات و نوآوری هاست.

آموزش مداوم پرستاری و مامایی یک فعالیت آموزشی است برای نگهداری پرستاران تحصیل کرده در حیطه خاص مورد علاقه آن ها طراحی شده و به معنی یک دوره رسمی پیشرفته در حرفه نمی باشد.

آموزش در خارج از سازمان: یک آموزش مداوم جامعه محور در جهت رسیدن به نیازهای یادگیری پرستار و دیگر کارکنان است.

آموزش بعداز دوره پایه است که به صورت بورس تحصیلی در خارج از موسسه اجرا می شود.

مقاصد مشترک سازمان ها در خصوص آموزش ضمن خدمت:

- ۱) هماهنگی و همسو نمودن کارکنان با سازمان
- ۲) افزایش بهبود رضایت شغلی و بهبود روحیه ی کارکنان
- ۳) کاهش حوادث و ضایعات کاری
- ۴) بهنگام سازی دانش و توان نیروی انسانی
- ۵) کمک به تغییر و تحولات سازمانی
- ۶) انطباق با شرایط ، اوضاع و احوال اجتماعی
- ۷) تقویت روحیه همدلی و همکاری دربین کارکنان سازمان

فرآیند آموزش

برنامه هایی که در زمینه آموزش افراد به اجرا در می آورند، شامل ۵ مرحله است:

۱) **تجزیه و تحلیل نیازها:** نخستین گام این است که مشخص شود چه چیزهایی را باید آموزش داد. ارزیابی نیازهای کارکنان جدید این است که مشخص شود، شغل جدید به چه مهارت هایی نیاز دارد و این نیازها را به اجزای کوچک تر تقسیم نمود و آن ها را به کارمند جدید آموزش داد.

۲) **طرح آموزش:** مشخص کردن موضوع های آموزشی، روش ها، رسانه های گروهی و شرح مطالب و تعیین دقیق چارچوب یا برنامه ای برای کارهایی که قرار است انجام شود. مطالب باید قابل درک و روشن باشد و هماهنگی موضوعی وجود داشته باشد.

۳) **معتبر بودن مطالب آموزشی:** برنامه را باید پیش از اجرا در حضور عده ای از نمایندگان کارکنان اجرا کرد تا در صورت لزوم تجدید نظر شود.

۴) اجرا

۵) **ارزیابی نتیجه ها:** باتوجه به موفقیت هایی که حاصل می شود، می توان محتوای برنامه را به شیوه ی زیر ارزیابی کرد:

واکنش: سریعا واکنش های آنی به یادگیرندگان را یادداشت نمایید.

یادگیری: مشخص کردن آن چه را که افراد یاد گرفته اند با کمک ابزار و وسایل فنی.

رفتار: واکنش سرپرست نسبت به عملکرد یادگیرنده می تواند این برنامه آموزشی را تکمیل نماید. این یکی از راه هایی است که می توان میزانی را که یادگیرنده میتواند از مهارت ها و دانش فراگرفته در شغل جدید به کاربرد، اندازه گیری کرد.

نتیجه ها: سطح بهبود عملکرد فرد مشخص شود و برای حفظ میزان دانش و مهارت فرد در همین سطح، اقدامات لازم انجام شود.

روش های آموزش کارکنان

روش های گروهی: کنفرانس، سمپوزیوم، سمینار، روش کارگاهی، ایفای نقش، شبیه سازی وغیره

روش های فردی : به طریق مکاتبه، کارآموزی، آموزش خصوصی اصول آموزش کارکنان

☞ باید آموزش در مراحل متفاوت شغلی کارکنان و متناسب با هر مرحله ارائه شود.

☞ آموزش با شیوه های فعال و بهره گیری از روش های نیاز سنجی و متناسب با نیاز های فردی و شغلی صورت گیرد.

☞ با این فرض سواد تاریخ مصرف دارد، باید فرصت های آموزشی را به طور مداوم در اختیار کارکنان قرار داد.

☞ باید آموزش نظام مند و با استفاده از آخرین روش ها و رعایت اصول باشد.

☞ ارزیابی اثربخشی آموزش از طریق ارجاع مسئولیت و بررسی تغییرات در رفتار و نحوه ی عمل کارکنان صورت گیرد.

☞ باید اصول یادگیری در حین عمل را اساس فلسفه ی آموزش کارکنان قرار داد.

☞ آموزش باید هدفمند باشد

☞ آموزش هزینه نیست بلکه سرمایه گذاری است.

ارزشیابی عملکرد یا ارزشیابی شایستگی کارکنان

تعریف ارزشیابی

حرکتی است که بدان وسیله سازمان، عملکرد کارکنان را در مسئولیت هایی که به عهده دارند، بررسی می کند

ومی سنجد.

میرسپاسی عقیده دارد که ارزشیابی شایستگی کارکنان، شامل سنجش سیستماتیک و منظم کارافراد در رابطه با

نحوه ی انجام وظیفه ی آن ها در مشاغل محوله و تعیین پتانسیل موجود در آن ها جهت رشد و بهبود می باشد.

اهداف ارزشیابی

(۱) تعیین افزایش مناسب دستمزد و مزایا براساس اندازه گیری عملکردی کارکنان

(۲) تعیین نقاط ضعف و قدرت افراد سازمان

- ۳) شناخت مشکلات و مسائل افراد وسی در رفع آن ها
- ۴) تشخیص میزان توانایی هریک از افراد واثربخشی کارایی آن ها
- ۵) شناخت نیازهای آموزشی و برطرف کردن آن ها
- ۶) شناسایی افرادی که باید انتقال یابند یا ختم خدمت شوند.

انواع ارزشیابی

آغازین: قبل از اجرای برنامه انجام می شود و وضعیت موجود را قبل از انجام یک برنامه مشخص می کند.

تکوینی: درحین اجرای برنامه انجام می شود و بیشتر در آموزش به کاربرده می شود و نشان می دهد برنامه به هدف رسیده است یا نه.

نهایی: درپایان هرترم به کاربرده می شود و در پایان کار و آخر اجرای برنامه به عمل می آید. وسعت گسترش آن بیشتر از نوع تکوینی است.

مقایسه ای: احتیاج به یک گروه کنترل است و نتایج دو گروه شاهد با هم مقایسه می شود.

مراحل ارزشیابی

۱) **تعیین اهداف ارزشیابی:** تعیین اهداف کمک می کند تا سیستم ارزشیابی عملکرد برای سرپرستان نیروی

انسانی با معنی شود و مشخص گردد که ارزشیابی به چه منظوری انجام می شود.

۲) **تجزیه و تحلیل شغل:** کمک می کند تا شغل مورد بررسی قرار گیرد و وظایف و مسئولیت های نیروی انسانی

به صورت استاندارد مطرح شود.

۳) **سنجش کار اتمام یافته:** دراین مرحله کارانجام یافته توسط نیروی انسانی در طول دوره معینی با توجه به

وظایف و مسئولیت های مدون پیش بیئی شده، مورد سنجش قرار گیرد.

۴) **اجرای ارزشیابی:** دراین مرحله مدیریت دنبال به مرحله اجرا و عمل در آوردن اهداف مطروحه درشناسایی

اهداف عملکرد نیروی انسانی با توجه به معیارهای ارزشیابی است.

۵) **مصاحبه پایان دوره ارزشیابی** : در این مرحله از عملکرد گذشته نیروی انسانی بحث به میان می آید و کنکاش روی نقاط قوت و ضعف نیروی انسانی به عمل می آید.

اصول ارزشیابی

آگاهی پرسنل از مواردی که قرار است مورد ارزیابی قرار گیرند.

ارزشیابی توسط سرپرست بلافاصل انجام گیرد.

فرم ارزشیابی توسط ارزشیابی شونده رویت شود و اجازه ی اعتراض دارد.

بعد از ارزشیابی، جلسه ی مصاحبه با کارمند گذاشته شود و در محیطی آرام نقاط ضعف و قوت گوشزد شود.

نتایج ارزشیابی باید در افزایش سنواتی و سایر مزایای کارمند، دخالت داده شود و هم چنین در تغییر شغل ، ارتقا و انتصاب آن ها در پست مدیریتی استفاده شود.

فرد ارزیاب باید دوره های آموزشی لازم را در خصوص دستورالعمل و تکمیل فرم ارزشیابی بگذراند.

ارزشیابی سالیانه است و جنبه ی رسمی دارد.

زیر دست باید بداند هدف ارزشیابی رفع نواقص است نه عیب جویی.

اداره ی ارزشیابی هر دستگاه باید بر نحوه ی ارزشیابی کارکنان نظارت داشته باشد.

ابزارهای ارزشیابی

انواع مختلف ابزار ارزشیابی توسط متخصصین تدوین و تنظیم شده است که در ادامه پنج نوع از این قبیل را شرح می دهیم.

۱) **گزارش تشریحی یا پاسخ آزاد**: در این شیوه از ارزیاب خواسته می شود نظرات خود را در مورد کیفیت

کارپرستار و ماما یا هر کارمند دیگر بنویسد. احتمالاً در چنین روشی نظرات شخصی، پیش داوری ها و عدم

امکان اندازه گیری مشخصات کیفیت مورد نظر ، ارزش کار را به میزان قابل ملاحظه ای کاهش خواهد داد

احساس و عطف ارزیابی کننده نقش موثری در نتایج ارزیابی دارد.

(۲) درجه بندی ساده: در این روش می توان کارمند را با همکاران مقایسه کرد . بدین ترتیب فرادست زیر دست خود را در بالاترین یا پایین ترین یا حد متوسط در بین همکاران قرار می دهد. به طور مثال ممکن است بین ۱۰ پرستار بخش جراحی ، پرستار X از نظر کیفیت مراقبت در بین همکاران رتبه ی اول باشد ولی از نظر وقت شناسی رتبه ی پنجم باشد.

(۳) چک لیست عملکرد: در این ابزار فهرستی از معیارهای عملکرد است و فضای باز وجود دارد که ارزیاب موظف است برای هر معیار نظر بدهد ، آیا پرستار و ماما رفتار مطلوب دارد یا خیر؟

چک لیست عملکرد پرستار بخش

معیار	بله	خ یر	توضیحات
به حریم بیمار به هنگام معاینه توجه می نماید.			
سوالات بیمار را به درستی پاسخ می دهد.			
آموزش های شیردهی را به درستی انجام می دهد .			

(۴) روش مقیاسی: این ابزار شامل دسته ای از مواردی است که بیانگر فعالیت ها و کارهایی که در شرح وظایف پرستار و ماما مندرج است . از سرپرستار خواسته می شود که عدد یا کلمه ی مناسب در رابطه با کارهایی که پرستاربخش انجام می دهد، انتخاب کند و کیفیت کار او را مشخص کند .
به فرض مثال ؛ رعایت اصول استریل به هنگام عوض کردن پانسمان :

(د) همیشه

(ج) معمولاً

(ب) گاهی

(الف) هرگز

۵) روش انتخاب اجباری : در این روش از ارزیاب خواسته می شود توصیف هایی که نوشته شده، از بین

آن ها نکاتی که بیانگر رفتار پرستار و مامای مورد نظر می باشد و هم چنین اوصافی را که دیده نمی شود ، مشخص نماید. مثالی از انتخاب اجباری ؛ از بین چهار جمله ی زیر، بهترین و نامناسب ترین جمله ای که در مورد کارمند X مناسبست دارد، انتخاب کنید.

الف. از این که همکاریش به او احترام می گذارد، خوشحال است.

ب. دائما از شلوغی بخش ، شکایت می کند.

ج. تغییرات بیمار را سریعاً گزارش می کند.

د. به نظم بخش اهمیت فراوان می دهد.

این ابزار مانند هر ابزار دیگری دارای نارسایی هاست، در این ابزار ارزیاب در صدد ارفاق بیشتر بر می آید.

۶) روش ۳۶۰ درجه : روشی که در سال های اخیر از شهرتی گذرا برخوردار بوده است. در این روش فرد

توسط رئیس، همکاران و زیردستان ارزیابی می شود. نتایج عموماً به طور ناشناخته بازخور داده می شوند.

برای موفقیت ارزیابی های ۳۶۰ درجه، باید آن ها را به دقت طراحی و با مهارت اجرا کرد.

منابع :

الوانی م. ۱۳۹۸. مدیریت عمومی. چاپ پنجاه ششم. تهران: نشر نی، ۵۱۲ صفحه.

جیمز ام هیگینز. ۱۳۹۸. کارآفرینی : ۱۰۱ تکنیک محل خلاق مسئله. ترجمه: دکتر محمود احمدپور

داریانی . تهران : نشر بین الملل ، ۲۴۸ صفحه.

سیف، ع. ا. ۱۳۹۸. روانشناسی پرورشی یادگیری و آموزش. چاپ ششم. تهران : انتشارات دوران،

۷۲۸ صفحه.

هروآبادی ش، مرغابی ا. ۱۳۸۶. مدیریت پرستاری و مامایی. چاپ دوم. تهران: انتشارات دانشگاه

ایران، ۹۰۸ صفحه.

یعقوبیان م. ۱۳۹۲. مدیریت پرستاری و مامایی . تهران : نشر بشری . ۴۰۰ صفحه.

Shipp PJ. Workload indicators of staffing need (WISN) a manual for Implementation, World Health Organization Division of Human Resources Development and Capacity Building, Geneva, Switzerland 2010.

<http://athir.blogfa.com/post-2564.aspx> (accessed 22December 2011)

[http:// mindtools.com](http://mindtools.com) (accessed 22december 2011)

<http://system.parsiblog.com/Posts/332> (accessed 22december 2011)